VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 89)
z dnia 11 września 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 89)

11 września 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Macieja Orzechowskiego (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, i poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego personelu medycznego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Krzysztof Chlebus** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Anna Frajmut-Będkowska** specjalista w Oddziale Szkolenia Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, dr hab. n. med. **Joanna Jędrzejczak** dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wraz ze współpracownikami, **Teresa Sulik** starszy specjalista w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Barbara Sas-Pełka** doradca prawny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Krzysztof Filip** doradca w Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, **Adam Górski** wiceprzewodniczący Koła Młodych Lekarzy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wraz ze współpracownikami, dr hab. n. med. **Mariusz Klencki** dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, **Teresa Kuziara** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, prof. dr. hab. n. med. **Janusz Moryś** przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, **Michał Rytel** i prof. dr hab. **Maciej Szmitkowski** przedstawiciele Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz lek. med. **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Witam na dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia członków Komisji Zdrowia, przedstawicieli resortu i zaproszonych gości. Dzisiaj będziemy omawiać materiał przygotowany przez resort zdrowia, którego tematem jest system kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego personelu medycznego.

Na wstępie chciałbym się upewnić, że do wszystkich członków Komisji dotarł stosowny materiał (jest on dostępny zarówno w postaci elektronicznej, jak i papierowej), żeby nie powtórzyła się sytuacja z poprzedniego posiedzenia Komisji, kiedy państwo zgłosili, że odpowiedni materiał nie był w państwa dyspozycji. Jeśli nie usłyszę zgłoszeń odnośnie do nieposiadania tego materiału, chciałbym rozpocząć. Prosiłbym, żeby pan minister krótko przedstawił te zmiany, które w ciągu ostatnich kilku lat weszły i wchodzą do kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego a są konsekwencją zarówno ustawy i zmian w tej ustawie, jak i odpowiednich decyzji resortu zdrowia. Toczy się dyskusja na temat modułowego modelu specjalizacji, ale też pojawiało się sporo głosów w momencie ogłoszenia naboru na studia medyczne i limitów przyjęć, jak i systemu tego kształcenia. Wiemy, że zmiana modelu kształcenia będzie rzutować na to, że kształcenie będzie bardziej intensywne i praktyczne. Chcielibyśmy usłyszeć, jak to wygląda w opinii resortu, po czym oddam głos zarówno członkom Komisji Zdrowia, jak i zaproszonym gościom. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, bardzo się cieszę, że podejmujemy ten temat, który jest trudny i bardzo ważny. Wydaje mi się, że w toku dzisiejszej dyskusji prawdopodobnie napotkamy wiele kontrower-

sji i dotkniemy problemów, z którymi borykamy się na co dzień. Ponieważ zakładam, że państwu znany jest w ogólnym zarysie ten model, bo część obecnych tu osób modelu kształcenia medycznego jakiś czas temu doświadczyła na własnej skórze (ten model ewoluował i zmieniał się w ciągu ostatnich dziesięciu lat) nie będę państwa zanudzać czytaniem całego materiału. Postaram się w krótkim *resumé* przedstawić najważniejsze punkty. Myślę, że najistotniejszą częścią będą prawdopodobnie pytania i dialog, który wywiąże się w trakcie.

Jeśli chodzi o zasadniczą strukturę kształcenia, to od lat to kształcenie, oczywiście – w ogólnym zarysie, wygląda tak samo. Studia na kierunku lekarskim są to jednolite studia sześcioletnie, na kierunku lekarsko-dentystycznym – jednolite studia pięcioletnie. Obecnie to kształcenie odbywa się na dwunastu uczelniach. Pan przewodniczący wspomniał kwestię limitu. Gwoli przypomnienia, na podstawie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym minister zdrowia, w porozumieniu z ministrem nauki i szkolnictwa wyższego, określa corocznie, w drodze rozporządzenia, limit przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w poszczególnych uczelniach, uwzględniając w szczególności możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych kierunków.

Tytułem wyjaśnienia – warto znać procedurę, dlatego, że bardzo często spotykamy się różnymi zapytaniami w tej kwestii zarówno ze strony mediów, jak i posłów, w formie interpelacji. Uprzedzając pytanie, chcę powiedzieć, że z reguły ustalanie tego limitu odbywa się w ścisłym kontakcie z rektorami uczelni. Wygląda to w tej sposób, że minister zdrowia zwraca się do poszczególnych uczelni posiadających uprawnienia do prowadzenia studiów na tych kierunkach o przedstawienie propozycji limitu przyjęć. Te propozycje są opracowywane. Oczywiście, rektorzy znają możliwości dydaktyczne swoich uczelni i analizują te możliwości na bieżąco, wysuwając pewne propozycje w kierunku resortu. Resort akceptuje na ogół te propozycje, które padają ze strony uczelni. Z tego, co wiem, w ostatnim okresie nie było takich sytuacji, żeby resort ingerował w sensie obniżenia tych limitów. Jesteśmy bardzo zainteresowani tym kształceniem, w związku z tym, cieszymy się mogąc zatwierdzać formalnie te propozycje, które odzwierciedlają tendencje wzrostowe.

I, gwoli krótkiej informacji, jak to wyglądało na przestrzeni ostatnich lat – rok akademicki 2007-2008 to jest 2695 miejsc na studiach stacjonarnych. W kolejnym roku – 2774, w następnym roku – 2815, w kolejnym – 3023 i w następnym – 3053, aż do roku akademickiego 2012-2013 – 3165 miejsc. W roku 2013-2014 mamy również 3165 miejsc – taki jest plan. Widzimy więc niewielki, ale jednak stały wzrost liczby miejsc.

Na studiach niestacjonarnych również mamy pewną dynamikę. Pominę wszystkie daty pośrednie, ale począwszy od roku akademickiego 2007-2008 jest 518 miejsc. Rok akademicki 2012-2013 – 749 miejsc i 2013-2014 – 826 miejsc. Również widoczna jest stała dynamika wzrostowa o niewielkim nasileniu – nie ma tu spektakularnych wzrostów, ale jest zachowana stała tendencja wzrostowa.

Studia prowadzone w języku obcym – warto pamiętać, że to jest bardzo istotny segment działań uczelni, bo oznacza on z jednej strony wysiłek organizacyjny a z drugiej strony, możliwość uzyskania dodatkowych przychodów dla uczelni. Jest to więc bardzo ważne działanie, które ministerstwo wspiera. Tu też mamy niewielki, ale stały wzrost od roku akademickiego 2009-2010, kiedy odnotowaliśmy takich miejsc 1219, do roku akademickiego 2012-2013 – 1288 miejsc.

Łączne limity – podam je w skrócie. Dla porównania – w roku akademickim 2007-2008 jest to łącznie 3213 miejsc, natomiast w roku 2012-2013, są to łącznie 5202 miejsca. To tabelaryczne zestawienie, łącznie ze szczegółowym podziałem na poszczególne uczelnie, odzwierciedlające ten wzrost, mają państwo w załączonych materiałach. Tak to wygląda.

Jeszcze dwa zdania, jeśli chodzi o kierunek lekarsko-dentystyczny. Tutaj to zwiększenie jest na poziomie 105 miejsc, w tym, na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej, niewielka dynamika wzrostu – o 9 miejsc wzrost na studiach jednolitych a na magisterskich prowadzonych w formie niestacjonarnej – o 13 miejsc. Są to niewielkie dynamiki wzrostu. Należy jednak zaznaczyć, patrząc 5-7 lat wstecz,

że ta tendencja – tak, ja wspomniałem – z roku na rok jest może mało zauważalna, ale w perspektywie kilkuletniej ewidentna i bardzo dobrze widoczna.

System kształcenia – to może też jest istotna informacja, która powinna tutaj paść, jeśli chodzi o liczbę absolwentów. Mają państwo zestawienie, jeśli chodzi o kierunek lekarski. Łącznie na kierunku lekarskim – porównując rok 2009 z 2012 – również jest wzrost liczby absolwentów z 2443 do 2823. To są połączone dane dla kierunków stacjonarnego i niestacjonarnego. Jeżeli łącznie analizujemy kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, również jest odnotowany wzrost. Na kierunku lekarsko-dentystycznym jest niewielki regres czyli, porównując ostatnie sześć lat, mówimy o stałej liczbie absolwentów.

Jak państwo wiedzą, zmiana, jaka zaistniała – myślę, że te kwestie już wielokrotnie były omawiane publicznie i ze stroną społeczną, również państwo jako parlamentarzyści mieli okazję te kwestie procedować… Gwoli przypomnienia, w ostatnim czasie zmieniło się coś istotnego a mianowicie pewien element szkolenia, czyli staż. Przypomnę, jaka jest sytuacja – mamy do czynienia z ostatnimi latami, kiedy jest obowiązkowy staż. Ten staż został zniesiony jako obowiązkowy element szkolenia, co implikuje, oczywiście, (myślę, że tego tematu jeszcze dotkniemy) określone wyzwania organizacyjne i dla rektorów, i dla całego systemu. Kształcenie w roku akademickim 2013-2014 odbywa się już na podstawie nowych standardów – mówię o kształceniu przeddyplomowym. Jest to regulowane rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2012 r. Objęte tymi regulacjami są osoby, które rozpoczęły w tym roku studia i będą je rozpoczynać w kolejnych latach. Natomiast osoby, które rozpoczęły studia do tego czasu, idą według starych zasad. I – jak wspomniałem – ta zmiana dotycząca elementu kształcenia, jakim jest staż podyplomowy, dotyczy właśnie osób, które w tym roku rozpoczęły studia.

Przypomnę (to jest jeszcze obowiązująca informacja dla osób, które kontynuują studia przez najbliższe lata), że staż lekarza trwa 13 miesięcy, lekarza dentysty – 12 miesięcy. Ten ostatni staż dla lekarzy będzie organizowany w 2017 a dla lekarzy dentystów – w 2016 r. Za tym idzie element tak zwanego upraktycznienia modelu kształcenia, który to obowiązek spoczywa na uczelniach, natomiast stwarza pewne implikacje systemowe w postaci centrów symulacji, o których prawdopodobnie w toku dzisiejszej dyskusji jeszcze będziemy mówić.

Jeśli chodzi o kwestie akredytacji do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych, warto pamiętać, że te akredytacje, które były wydawane sukcesywnie w ciągu minionych lat obowiązują w ramach tego modelu kształcenia, który aktualnie działa. Mówimy tutaj nie tylko o tym elemencie zmiany stażu, bo – jak państwo wiedzą – od nowego roku weszło rozporządzenie o specjalizacjach lekarskich. W związku z tym mówimy już o nowym modelu, tak zwanym modułowym modelu kształcenia specjalizacyjnego, co również implikuje wykreowanie wtórnej do tych specjalizacji potrzeby akredytowania ośrodków do kształcenia. Wraz z domykaniem powstających, w tej chwili finalizowanych programów kształcenia dla dziedzin nowopowstałych, a także dla dziedzin, które do tej pory w systemie były, a zmieniają formułę na system modułowy, wtórnie do domknięcia tych elementów programu, będziemy mieć do czynienia z procesem akredytowania jednostek. I to jest proces, który będzie warunkiem *sine qua non* rozpoczęcia tego nowego, już modułowego modelu.

Przypomnę tylko, że potwierdzeniem akredytacji jest wpis na listę jednostek akredytowanych. Ten spis jest tworzony i kontrolowany przez CMKP. Jednostki aspirujące do bycia jednostkami akredytowanymi, oczywiście, aplikują do CMKP i, zgodnie z opracowanymi kryteriami, są oceniane pod kątem możliwości spełnienia ich i wtórnie do tego są przyznawane akredytacje.

Warto pamiętać, że właściwie we wszystkich dziedzinach medycyny obserwujemy systematyczny wzrost liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego. Oczywiście, mają państwo informację dotyczącą rozbicia na poszczególne dziedziny. Dysponujemy informacją demonstrującą rozkład tych danych dla poszczególnych województw, ale warto zauważyć, na etapie *resumé*, o którym mówimy w tej chwili, że odnotowujmy tu stały i systematyczny wzrost. W 2008 r. było to 4376 jednostek, które dysponowały liczbą 31.336 miejsc szkoleniowych (mówmy

tu łącznie o wszystkich dziedzinach medycyny) natomiast obecnie, według stanu na 9 lipca 2013 r., tych akredytowanych miejsc szkoleniowych jest 37.372 a liczba akredytowanych jednostek szkoleniowych wynosi 5304. Przypomnę: *versus* 4300, jest to właściwie wzrost o 1000 jednostek szkoleniowych.

Jeśli chodzi o to, co również budzi duże kontrowersje corocznie, czyli szkolenia w trybie rezydenckim, a więc te, które są niejako opłacane przez państwo, przypomnę, że mamy tryb, który aktualnie obserwujemy. Mamy sesję jesienną – 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego liczbę miejsc szkoleniowych lekarzy ogłasza Minister Zdrowia na swojej stronie internetowej. Ta informacja jest już dostępna w sesji jesiennej. W tej informacji Minister Zdrowia określa specjalizacje w ramach rezydentury w poszczególnych miejscach medycyny, z podziałem na województwa i na specjalizacje lekarskie. Ta informacja – jak już powiedziałem – jest już dostępna. Przypomnę tylko, że nie jest to jedyny tryb szkolenia, bo oczywiście lekarze mają jako alternatywę możliwość odbywania specjalizacji również w trybie pozarezydenckim. Przypomnę też (bo ciągle wracamy do pewnych zagadnień związanych z zapytaniem o możliwości odbywania rezydentury w określonej dziedzinie medycyny), że w trybie rezydenckim mogą odbywać się szkolenia wyłącznie lekarzy nieposiadających specjalizacji ani pierwszego, ani drugiego stopnia. Ta kwestia jest dokładnie doprecyzowana od strony formalnej. Szkolenia specjalizacyjne w modułowym systemie specjalizacji – jak już wspomniałem – rozpoczną się już po domknięciu merytorycznych programów szkoleniowych we wszystkich dziedzinach medycyny i po zamknięciu listy akredytacyjnej.

Chcę państwu przypomnieć (bo to również jest informacja znana już od kilku miesięcy, od początku roku) że – zgodnie z brzmieniem nowego rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów – mamy szkolenie specjalizacyjne w nowych dziedzinach medycyny. To jest dość istotna zmiana systemowa, więc pozwolę sobie to państwu przytoczyć. Są to specjalizacje: choroby płuc dzieci, endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, endokrynologia i diabetologia dziecięca, gastroentorologia dziecięca, intensywna terapia, medycyna lotnicza, medycyna morska i tropikalna, nefrologia dziecięca, pediatria metaboliczna i perinatologia. Jak państwo zauważyli, jest tutaj dużo specjalizacji pediatrycznych. Jest to w dużej mierze odpowiedź na oczekiwania pacjentów, ale też środowisk lekarskich, które od dłuższego czasu zgłaszały potrzeby stworzenia nowych specjalizacji i pogłębienia modelu kształcenia w kilku wybranych, wspomnianych przeze mnie dziedzinach.

Warto również wspomnieć, że Minister Zdrowia rozporządzeniem z 2012 roku określił specjalizacje priorytetowe. Tych specjalizacji jest obecnie szesnaście. Jako priorytet zostały uznane: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia onkologiczna, geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, patomorfologia, pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna oraz stomatologia dziecięca.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że znowu mamy priorytet nadany specjalizacjom pediatrycznym o szczególnie istotnym znaczeniu albo epidemiologicznym, albo organizacyjnym – mówię o liczbie lekarzy czy też strukturze wiekowej tych lekarzy. Mamy też wyraźny priorytet dla dziedzin medycyny, które odzwierciedlają epidemiologiczne problemy, jak chociażby w dziedzinie onkologii, radioterapii, ginekologii onkologicznej czy chirurgii onkologicznej, a także w pewnych rzadkich dziedzinach, w zakresie których systemowo borykamy się z kłopotami w postaci niedoboru kadr. Mam na myśli chociażby patomorfologię czy geriatrię, co wiąże się ze znanymi państwu wyzwaniami demograficznymi, przed którymi stoimy.

Tyle, w dużym skrócie. Myślę, że pogłębimy to, jeśli chodzi o kwestie związane ze szkoleniem lekarzy. Natomiast, jeszcze kilka zdań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych, a także kilka elementów informacyjnych dotyczących kształcenia innych zawodów medycznych.

Kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się w uczelniach publicznych oraz niepublicznych. Przypomnę, że mamy tu dwa stopnie kształcenia. W ciągu ostatnich lat struktura tego kształcenia również dynamicznie się zmieniała. To dość istotnie przewar-

tościowało całą populację pielęgniarek i położnych pracujących w polskim systemie, ale –, gwoli przypomnienia – w tej chwili mamy dwa poziomy. Studia pierwszego stopnia, które kończą się uzyskaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Tu decydująca jest liczba godzin kształcenia, która jest określona jako nie mniejsza niż 4720. I studia drugiego stopnia, które kończą się uzyskaniem tytułu magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa – liczba godzin kształcenia zawodowego jest określona jako nie mniejsza niż 1300 godzin. Szczegółowe zasady i standardy tego kształcenia są określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów – podobnie zresztą, jak jest dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego oraz farmacji.

Warto odnotować, że od roku akademickiego 2008-2009 istnieje możliwość dofinansowania kształcenia na tak zwanych studiach pomostowych. Jest to istotny element kształcenia pielęgniarek i położnych. Dofinansowanie odbywa się ze źródeł Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. To kształcenie umożliwia relatywnie łatwiejsze przejście tego elementu kształcenia, które w bardzo wielu sytuacjach systemowo jest już niezbędne.

Aktualna liczba uczelni, które prowadzą kierunki pielęgniarstwo i położnictwo. To są świeże dane, z września tego roku – przedstawiają się następująco. Ogólna liczba uczelni – 74, w tym, co warto pamiętać, są również wspomniane przeze mnie uczelnie medyczne, które kształcą lekarzy i lekarzy stomatologów. Liczba uczelni kształcących na kierunku pielęgniarstwo – 74 a liczba uczelni kształcących na kierunku położnictwo – 19. Tu również mamy regulacje. Te uczelnie, które prowadzą kształcenie na tych kierunkach, są zobowiązane do uzyskania akredytacji przez Ministra Zdrowia, która potwierdza spełnienie standardów. Mamy też Krajową Radę Akredytacyjną Szkół Pielęgniarek i Położnych, która również zajmuje się ocenianiem spełniania tych standardów na podstawie przepisów wydanych przez Ministra Zdrowia. I to jest ten element, który ma zapewnić odpowiednią jakość kształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa.

Jeśli chodzi o elementy kształcenia, to w kształceniu podyplomowym mamy kilka form kształcenia. Jak państwo wiedzą, mamy szkolenie specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalizacyjne i dokształcające. One różnią się czasem trwania – tak zostały skonstruowane w toku debaty ze środowiskiem pielęgniarskim. To jest model, który funkcjonuje dość skutecznie przez ostatnie lata. Szkolenia specjalizacyjne mogą być obecnie prowadzone w dwudziestu sześciu dziedzinach. Planujemy zmniejszenie tej ilości do siedemnastu – to znowu jest odzwierciedlenie pewnych zmian systemowych, do których doszło w ostatnich latach. Odzwierciedla to potrzebę systemu, który trochę zmienił się w ostatnich latach, jak również zapotrzebowanie i ocena ze strony środowiska pielęgniarskiego implikuje tego rodzaju potrzebę. Projekt tego rozporządzenia jest właściwie w fazie finalnej.

Kształcenie na poziomie kursów kwalifikacyjnych jest prowadzone w dwudziestu jeden dziedzinach. W projekcie nowego rozporządzenia są dwadzieścia cztery dziedziny. Kursy specjalistyczne mogą być prowadzone w czterdziestu sześciu zakresach. Organizatorami tego kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych mogą być uczelnie, które prowadzą normalną działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz inne podmioty, które muszą być uprzednio wpisane do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, co również jest regulowane odpowiednimi przepisami.

Jeśli chodzi o systemy kształcenia w innych zawodach medycznych, to właściwie wymienię te zawody. Niektóre z nich budzą nieco większe kontrowersje w ostatnim czasie, z uwagi na zaplanowane i właściwie finalizowane w tej chwili prace dotyczące ustawy o wybranym zawodzie. Jak państwo wiedzą, ustawa o tak zwanych innych zawodach medycznych w poprzedniej kadencji Sejmu nie została uchwalona – tam była próba doprecyzowania pewnych elementów wspólnych dla tych zawodów, jednak z różnych względów formalnych czasowych ta kwestia nie została zamknięta. W związku z tym, w obecnym kształcie prac decydujemy się raczej na procedowanie oddzielnych ustaw dotyczących poszczególnych zawodów.

Przypomnę tylko, że mówimy o kilku zawodach. To jest analityka medyczna, dietetyka, farmacja, fizjoterapia, ratownictwo medyczne, techniki dentystyczne oraz zdrowie publiczne. Mamy kilka tak zwanych kierunków unikatowych – elektroradiologia, audiofonologia, higiena dentystyczna i logopedia. Przypomnę (to też jest pewna istotna zmiana dla systemu), że zniesiono standardy kształcenia i uczelnie od roku akademickiego 2012-2013 ustalają plany studiów i programy kształcenia, które uwzględniają efekty kształcenia zgodne z Krajowymi Ramami Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego. Jednym z tak zwanych innych zawodów medycznych, dla którego są utrzymane standardy kształcenia, jest kierunek farmacja. Kształcenie na tym kierunku jest prowadzone na podstawie standardów kształcenia dla kierunku farmacja ustalone już uprzednio. W poprzednim roku akademickim (2011-2012) uczelnie medyczne, które są nadzorowane przez Ministra Zdrowia, skończyło ponad 6343 absolwentów dla wymienionych przeze mnie kierunków, w tym na studiach stacjonarnych 4687 absolwentów.

Myślę, że to tyle, jeśli chodzi o ogólny zarys, dlatego, że dysponujemy tutaj dość szeroką informacją (mają to państwo w materiałach) dotyczącą struktury kształcenia w poszczególnych zawodach wymienionych przeze mnie. Warto może wspomnieć pewne zmiany, które w ostatnim okresie zostały wprowadzone w stosunku do zawodu diagnosty laboratoryjnego. Warto też wspomnieć, że resort zdrowia był bardzo mocno zaangażowany w procedowanie i ocenę merytoryczną ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. To jest ustawa, która jest już na etapie bardzo zaawansowanych prac, właściwie finalnych – właściwie jest gotowa do procedowania.

Tyle, jeśli chodzi o skrótowe przedstawienie informacji. Oczywiście, zdaję sobie sprawę z tego, że ono nie wyczerpuje tematu w żadnym zakresie, ale temat jest na tyle szeroki, że nie chcę w tej chwili rozwijać żadnego z wybranych konkretnych wątków. Myślę, że to pojawi się w państwa pytaniach i chętnie wtedy rozwiniemy elementy, które są dla państwa szczególnie interesujące lub wymagające wyjaśnień. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Otwieram dyskusję. Pozwolę sobie jako pierwszemu udzielić głosu. Zachęcam państwa do zgłaszania się. Pan przewodniczący Hoc poprowadzi listę mówców. Mamy już pierwsze zgłoszenia.

Panie ministrze, dziękuję za informację. Niedawno odbyliśmy posiedzenie Komisji Zdrowia, na którym mówiliśmy o kształceniu pielęgniarek i położnych. Niestety, w ciągu ostatnich dwóch lat, z różnych powodów, dorobiliśmy się tylko tego, że przesunęliśmy kształtowanie tego modelu kształcenia o kolejne dwa lata. Na szczęści, udało się wpisać to do ustawy tak, żeby nie było przerwy w tym kształceniu, a więc, żeby panie, które kształcą się w zawodach pielęgniarki i położnej cały czas mogły takie szkolenia odbywać na starych zasadach.

Wyszedłbym od raportu Komisji Europejskiej dotyczącego pracowników ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Są dwie tendencje. Pierwszą tendencją jest to, że pracownicy ochrony zdrowia, tak jak i społeczeństwo europejskie, starzeją się. To widać we wszystkich badaniach, gdzie pracownicy ochrony zdrowia, w przypadku których odsetek osób powyżej 50. roku życia (bo taki jest parametr i taka jest linia odcięcia) stanowi od 40 do nawet 60% w niektórych krajach europejskich. W Polsce – jak podają dane – jest to około 30%, choć często z wypowiedzi państwa na posiedzeniach Komisji wynikałoby, że jest to znacznie więcej. Starzejące się społeczeństwo będzie wymagać większej ingerencji ze strony pracowników ochrony zdrowia, ale jest jeszcze jedno – dzisiaj otwarty rynek usług medycznych pozwala na migrację i przepływ tych pracowników. I tu chciałbym usłyszeć jakąś informację ze strony resortu zdrowia, bo to, co my odczuwamy jako pierwsze, to namacalne długości oczekiwania na świadczenie medyczne, jeśli chodzi o poszczególnych specjalistów. Dlatego bardzo dobry jest pomysł dofinansowania albo wsparcia deficytowych specjalizacji. Otwarte pozostaje jednak pytanie, jak dzisiaj, przy rosnącej, choć nieznacznie – jak mówił pan minister – liczbie osób na poszczególnych studiach medycznych czy kształceniu, powiązać to z zachętą dla tych osób do otwierania deficytowych specjalizacji, czyli tych, na których nam najbardziej zależy? A, z drugiej strony, czy są pomysły, żeby pracowników ochrony zdrowia, których kształcenie kosz-

tuje budżet państwa bardzo dużo, móc zatrzymywać w kraju, abyśmy nie kształcili ich na potrzeby innych rynków zdrowotnych?

Pan minister wspominał o takich specjalizacjach jak geriatria czy pediatria. To są specjalizacje dość szerokie. Natomiast, jest też trend do pojawiania się specjalizacji dość wąskich. I tu pan minister również wspominał o tym, że takie programy specjalizacyjne będą się pojawiać.

I wreszcie kwestia innych zawodów medycznych, czyli tego, co zostaje do uregulowania na rynku świadczeń zdrowotnych, żeby osoby, które pracują w poszczególnych zawodach czuły, że jest to obszar regulowany przepisami, gdzie osoba z zewnątrz, czy osoba, która odbędzie często kilkudniowe albo kilkumiesięczne szkolenie, nie będzie nabywać podobnych uprawnie jak osoby, które kształcą się pełnoprofilowo. Myślę, że to zaczątek dyskusji na temat kształcenia zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego.

Ostatnia uwaga, pan minister wspominał również o akredytacji poszczególnych ośrodków, zawsze pojawia się ten dylemat i problem. Otóż, najczęściej akredytowane szpitale to szpitale, placówki i ich oddziały największe i wykonujące najbardziej złożone procedury, ale też w olbrzymiej liczbie placówek są wykonywane procedury, do których osoby specjalizujące się nie będą mieć łatwego dostępu w dużych placówkach ze względu na kondensację personelu. Czyli, dla osoby, która pracuje, czy jest związana stosunkiem pracy czy jakąś inną umową z daną jednostką, gdzie codziennie wykonywane są procedury medyczne, w momencie, kiedy będzie odbywać staż w dużo większej placówce, realna możliwość wykonania tej procedury będzie zdecydowanie utrudniona, ale o tym będzie chyba wspominać jedna z moich koleżanek.

Otwieram dyskusję. Już zgłosiły się pierwsze osoby. Pani poseł prof. Hrynkiewicz, zapraszam.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, to bardzo ciekawy materiał i – jak myślę – wart głębokiego przeanalizowania, choćby ze względu na to, że środowisko pracowników medycznych nie tylko starzeje się razem z całym społeczeństwem, ale staje się też mniej liczne w stosunku do potrzeb. A te potrzeby rosną w związku ze wzrostem przeciętnego wykształcenia społeczeństwa – co jest niewątpliwe – i w związku z poziomem zamożności. Zdrowie staje się tą wartością, którą społeczeństwo docenia coraz bardziej.

W związku z tym, przyglądając się statystykom kształcenia w uczelniach medycznych lekarzy i lekarzy dentystów, muszę powiedzieć, że te procesy oczywiste w świecie nie znajdują odzwierciedlenia w liczbie kształconych lekarzy. Ta liczba kształconych lekarzy jest niewielka, w dodatku część tych lekarzy kształci się w językach innych niż język polski. Ja rozumiem, że oni są kształceni po to, żeby mogli, na przykład w Lesku czy w Jarosławiu albo w Mońkach pod Białymstokiem rozmawiać ze swoimi pacjentami w innym języku niż język polski. Ja rozumiem ten trend, zresztą pan minister powiedział, że chodzi o to, aby uczelnie miały dodatkowe dochody, ale myślę, że rolą własnego rządu jest zapewnienie przede wszystkim kadry dla obywateli polskich. I dlatego też (oczywiście, ta działalność dodatkowa jest bardzo cenna) prosiłabym, żeby pan minister powiedział, że to nie umniejsza i nie ogranicza lekarzy, którzy wchodzą do pracy w Polsce, bo – jak rozumiem – to kształcenie w innych językach odbywa się za pieniądze Unii Europejskiej, czy za pieniądze prywatne. Jak to w ogóle jest? I przy okazji chciałabym zapytać: czy w innych krajach Unii Europejskiej kształci się lekarzy w języku polskim, żeby oni mogli przyjechać do nas i pracować z naszymi pacjentami?

Druga sprawa, o którą chciałabym zapytać, to zjawisko kształcenia niestacjonarnego lekarzy. Wydaje mi się, że są zawody, w przypadku których kształcenie niestacjonarne… Ja jestem nauczycielem akademickim, to wiem, na czym polega różnica między kształceniem stacjonarnym i niestacjonarnym, a w przypadku kształcenia lekarzy jest to szczególnie ważne i szczególnie istotne. Lekarz powinien być wykształcony dobrze. Studia medyczne są trudne i wymagają od początku do końca bardzo głębokiego zaangażowania młodego człowieka w studiowanie. Ktoś, kto studiuje niestacjonarnie, obok trudnych stu-

diów wymagających ogromu pracy i zaangażowania, ma jeszcze inne zajęcia. Prosiłabym więc, żeby pan minister zechciał wyjaśnić, jak jest z tym kształceniem niestacjonarnym.

Trzecia sprawa, która mnie bardzo zainteresowała (ponieważ egzaminowałam na różne funkcje i stanowiska, i różne, wydaje mi się, ważne grupy, egzaminowanie należy do kanonu moich zajęć profesorskich) – chciałabym zapytać, jak to jest, że bardzo nikły odsetek osób nie zdaje egzaminu lekarskiego. Z tego może wynikać coś takiego: albo ci młodzi ludzie są bardzo dobrze przygotowani, co byłoby bardzo pocieszające, albo poziom tego egzaminu jest po prostu niedostateczny i niedostatecznie sprawdza. Chciałabym zapytać, czy państwo przeprowadzają audyt, później jeszcze jakby dodatkowy sprawdzian, który by pokazał, jak to rzeczywiście wygląda?

Kolejne moje pytanie dotyczy audytu miejsc szkoleniowych. Tych miejsc szkoleniowych jest 5304. Otóż, wydaje mi się, że miejsce szkoleniowe powinno być niezwykle starannie przygotowane, ponieważ tam młody człowiek nabiera wiedzy, doświadczenia, umiejętności, a także pewnych nawyków, które są potrzebne w dobrze wykonywanej pracy, szczególnie w pracy medycznej. Chciałabym zapytać, jaki jest system audytu dla tych miejsc szkoleniowych, ponieważ ich liczba musi zastanawiać, czy rzeczywiście wszystkie z tych miejsc szkoleniowych warto byłoby młodym ludziom polecić i przedstawić?

Następna sprawa dotyczy braku standardów w kształceniu w niektórych zawodach medycznych. Chciałabym zapytać, jak pan minister to ocenia. Moim zdaniem, musi być standard wykształcenia w różnych zawodach medycznych a właściwie – we wszystkich zawodach medycznych, ponieważ one wymagają określonego zasobu wiedzy i umiejętności. Oczywiście, specjalizacja daje takie możliwości, żeby to uzupełnić, ale najważniejsze jest tu jednak podstawowe wykształcenie. Jeżeli zrezygnowaliśmy ze standardów kształcenia (o co zabiegały uczelnie, dobrze to wiem) to, wobec tego, jaki jest system audytu tego kształcenia? Czy to kształcenie się sprawdza, czy nie sprawdza? Jak to jest z tym kształceniem bez audytu?

Zastanawia mnie także przy tej okazji to, o czym tutaj rozmawiamy niejednokrotnie, że ciągle tak niewiele jest osób, które specjalizują się w geriatrii. Ja jestem pilną czytelniczką opracowań pani prof. Barbary Bień z Białegostoku i muszę powiedzieć, że ona pisze bardzo alarmujące artykuły dotyczące właśnie braku lekarzy geriatrów i niewątpliwych szkód, jakie ponoszą pacjenci w związku z nieprzygotowaniem lekarzy do takiej całościowej opieki nad osobami w starszym, zaawansowanym wieku, czy po prostu osób starych. Dziękuję. To wszystkie moje pytania.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Następna jest pani poseł Lidia Gądek, proszę bardzo.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni goście, mam dwa krótkie pytania. Otóż, już dwukrotnie spotykaliśmy się w ramach zespołu podstawowej opieki zdrowotnej i profilaktyki w zakresie tematu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych. Oczywiście, wiem, że ta sprawa jest również cały czas w toku prac ministerstwa a może – głównie ministerstwa, ponieważ od tego to zależy.

Obecny system kształcenia lekarzy rodzinnych, niestety, ulega destabilizacji. Kolejne szpitale (narasta to szczególnie w tym roku) odmawiają przyjjmowania do pracy rezydentów medycyny rodzinnej, co wiąże się, między innymi, z zaprzestaniem finansowania odpisu na fundusz socjalny. To zjawisko staje się coraz bardziej niepokojące. Są województwa (na przykład, łódzkie), gdzie w najbliższym naborze praktycznie nie można umieścić nawet kilku rezydentów. Ponieważ jest to jedna z priorytetowych specjalizacji lekarskich, które zresztą są wymienione w przedstawionych materiałach (pan minister je wymieniał), powinniśmy wypracować taki system, który będzie zachęcać do kształcenia tych lekarzy. Wiemy, że w chwili obecnej brakuje ich około 10 tys. a około 10 tys. pracuje czyli, mamy zabezpieczoną połowę zapotrzebowania.

Ta specjalizacja różni się zasadniczo od typowych klinicznych, gdyż nie jest to kształcenie na bazie ośrodków klinicznych i szpitalnych, jak jest w innych dziedzinach – duża część musi się odbywać w praktykach lekarzy rodzinnych, których jest stosunkowo mało

akredytowanych na dzień dzisiejszy, a obciążenie, jeżeli chodzi o wykształcenie rezydenta, a później specjalisty, jest dla tych małych praktyk bardzo duże.

Z tego, co wiemy, są też w kraju ośrodki kliniczne, które sygnalizują, że będą chciały zamykać katedry medycyny rodzinnej. Na przykład, taki sygnał przyszedł z Wrocławia. Nie wiem, czy to jest potwierdzone i na jakim to jest etapie. Jest to niepokojące, bo – jak mówiłam – zapotrzebowanie jest olbrzymie. Wiemy o tym wszyscy. Rozważa się możliwość wprowadzenia do systemu podstawowej opieki zdrowotnej lekarzy pediatrów i internistów. Oczywiście, pediatrów, niestety, nie ma, więc trudno ich będzie wprowadzić do systemu, natomiast lekarzy klinicystów przygotowanych do pracy szpitalnej również należy w jakimś trybie przeszkolić, żeby mogli do tego systemu wejść i odpowiednio opiekować się pacjentem. Czyli, albo krótka ścieżka, albo inny system kształcenia. W związku z tym, problem narasta, bo liczba miejsc kształcenia zamiast zwiększać się, niestety, zmniejsza się. Chciałabym więc zapytać – jak ministerstwo widzi ten problem a właściwie – jego rozwiązanie i w jakim terminie będziemy mogli oczekiwać konkretnych informacji na temat poprawy sytuacji.

Druga sprawa jest taka. Mamy informację na temat kształcenia podyplomowego w innych zawodach medycznych i na temat szkolenia farmaceutów, przy czym, pod pojęciem „farmaceuta” rozumiemy magistra farmacji. Jakie na dzisiaj są możliwości kształcenia, jaka jest perspektywa zawodu technika farmacji? Pytam, ponieważ docierają do wielu z nas informacje, że ci ludzie jakby zostają zamknięci na poziomie ukończonego kształcenia zawodowego i nie mają możliwości rozwoju zawodowego a nawet dokształcania. Jak na dzień dzisiejszy ten problem jest widziany przez ministerstwo? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Następną osobą zapisaną do głosu jestem ja, więc udzielam sobie głosu.

Panie ministrze, chciałabym prosić, aby pan rozwinął ten wątek priorytetowych specjalizacji. Tutaj kilka z nich zostało wymienionych. Rozumiem, że ponieważ wszystkie one są priorytetowe, to są równie ważne, niemniej jednak, ze szczególnym naciskiem chciałabym prosić, żeby pan odniósł się do sprawy geriatrii. Ona tu już kilka razy wybrzmiewa w różnych kontekstach, ale ja chciałbym przypomnieć o takim fakcie, że jeszcze w poprzedniej kadencji odbyło się kilka spotkań Komisji Zdrowia, podczas których rozmawialiśmy o problemie geriatrii, o wypracowaniu całego schematu postępowania z pacjentem w wieku podeszłym. Mówiliśmy również o potrzebie wypracowania standardów opieki geriatrycznej i, oczywiście, o problemie lekarzy.

Nie tak dawno minister Arłukowicz na którymś z posiedzeń Komisji powiedział, że jest uruchomiona krótka ścieżka w tej specjalizacji. Chciałabym prosić, żeby pan minister powiedział, jak to wygląda w praktyce. Czy rzeczywiście jest większy nabór na tę specjalizację? Czy jest zainteresowanie? Czy w wyniku tej szybkiej ścieżki mają państwo rzeczywiście jakieś efekty? Pytam, ponieważ z odgłosów, jakie dochodzą ze środowiska lekarskiego, wynika, że lekarze jednak dość sceptycznie podchodzą do tej krótkiej ścieżki. Chciałabym usłyszeć, jakie są wasze doświadczenia i przemyślenia w tym zakresie.

I druga rzecz: jak wygląda przygotowanie praktyczne do zawodu? Czy w obrębie tej zmiany specjalizacji proponują państwo również zmianę w samym programie specjalizacyjnym (chodzi mi głównie o specjalizacje zabiegowe, które wymagają również nauki praktycznej) i czy tutaj również dokonano zmiany? Tyle moich pytań. Dziękuję bardzo.

Następna osoba. Pan poseł Dariusz Piontkowski, proszę bardzo.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Pani przewodnicząca częściowo poruszyła ten problem, o którym chciałbym mówić. Pani przewodnicząca mówiła tylko o geriatrii a ja chciałbym zapytać szerzej. Ten materiał nie daje nam odpowiedzi na pytanie, jakie – tak naprawdę – są potrzeby kształcenia medycznego w Polsce. Mówi tylko (przynajmniej w odniesieniu do zawodów lekarskich) o liczbie absolwentów poszczególnych specjalizacji. Natomiast warto by było, aby dołączony został do tego materiał, który by nas poinformował, ilu – tak naprawdę – leka-

rzy w Polsce brakuje do tego, aby zapewnić opiekę medyczną na właściwym poziomie, i w jakich dziedzinach te potrzeby są największe. Jak rozumiem, największe potrzeby są w tych priorytetowych szkoleniach, ale nie znam skali potrzeb.

Udało się natomiast w tym materiale częściowo odpowiedzieć na pytanie, jakie są potrzeby w przypadku zawodów pielęgniarki i położnej, bo tam padły konkretne liczby. Pokazują one skalę niedoborów w naszym kraju. Warto byłoby też uzupełnić materiał w odniesieniu do zawodów medycznych.

Drugi element, o którym pani przewodnicząca również wspomniała – chodzi mi o efektywność kształcenia podyplomowego. Gdy rozmawiałem z lekarzami praktykami, także pracownikami uczelni, wskazywali, że był taki moment, kiedy to szkolenie specjalizacyjne, rezydenckie, odbywało się na zasadzie mistrz-uczeń, że jeden profesor, jeden pracownik naukowy miał pod swoją opieką jednego rezydenta. Dzięki temu – w opinii tych pracowników uczelni – efektywność była zdecydowanie większa, ponieważ przy tego typu opiece można było dużo szybciej przygotować rezydenta do praktycznego wykonywania zawodu. Czy, w związku z tym, jest szansa powrotu do takiego modelu?

Element trzeci. Mówimy tutaj o niedoborach, które (jak zaznaczono w tym materiale) będą dotyczyć pielęgniarek. Chciałbym w związku z tym zapytać, jak ministerstwo widzi praktykę w polskich szpitalach, bo tam dochodzi do odwrotnego zjawiska – w ramach oszczędności w wielu szpitalach dochodzi wręcz do likwidowania stanowisk pracy i zwalniania pielęgniarek i położnych. W związku z tym, te alarmistyczne dane z tego materiału nie zawsze pokrywają się z rzeczywistością. Część pielęgniarek po prostu nie ma dzisiaj zatrudnienia.

Element kolejny: specjalizacje zamawiane. Jakie są efekty? Czy rzeczywiście udało się zwiększyć liczbę lekarzy specjalistów z tych specjalizacji zamawianych? Czy w niektórych z tych zamawianych specjalizacji wystąpił taki efekt, jak na kierunkach zamawianych na studiach, na przykład, technicznych? Bo nie wiem, czy państwo wiedzą, że na części studiów technicznych, w wyniku stypendiów fundowanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego doszło do tego, że absolwenci niektórych kierunków nie mają zatrudnienia. Czy podobny proces – nie daj Boże! – wystąpił w przypadku specjalizacji zamawianych przez Ministra Zdrowia?

I ostatni element, ale nie wiem, czy nie najważniejszy. Część zapotrzebowania, przynajmniej na lekarzy specjalistów, nie wynika z tego, że szpitale potrzebują, czy ministerstwo uważa, że taka lub inna liczba specjalistów powinna być w danej dziedzinie. Mam wrażenie, że wynika to przede wszystkim z wymogów stawianych przez NFZ. Czy w związku z tym, istnieje jakakolwiek korelacja między tym, co robią Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego a tym, co robi NFZ stawiając wymagania szpitalom i przychodniom w kolejnych postępowaniach kontraktowych? Mam bowiem wrażenie, że czasem braki niektórych specjalistów wynikają przede wszystkim z tego, że nagle NFZ w kolejnym postępowaniu konkursowym podnosi wymogi, że przychodnia musi mieć, na przykład, specjalistę drugiego stopnia a specjalista pierwszego stopnia już nie jest wystarczający. Wtedy nagle, miesiąca na miesiąc, czy z roku na rok, pojawia się problem, że brakuje w Polsce 505 tys. specjalistów – oczywiście strzelam, są to dane wzięte z sufitu, one nie odnoszą się do niczego. Czy nie warto, żeby Ministerstwo Zdrowia w końcu spróbowało porozmawiać z NFZ, nie traktowało NFZ jak oddzielnego księstwa, które samo decyduje o wszystkim w Polsce, i spróbowało wspólnie zdecydować długofalowo a nie z roku na rok, jakie będą wymogi stawiane szpitalom i przychodniom, żeby – z jednej strony – dostosować możliwości szkoleniowe uczelni postępowania specjalizacyjnego podyplomowego i tego, co pacjenci naprawdę potrzebują? Bo samo formalne posiadanie przez lekarza drugiej specjalności – ja to rozumiem – rzeczywiście będzie oznaczać, że jest to lekarz lepiej przeszkolony, lepiej przygotowany, ale może jednak w wielu wypadkach wystarczy pierwszy stopień specjalizacji, na przykład, w gabinetach ginekologiczno-położniczych. Lekarz z dwudziestokilkuletnim stażem pracy, który dotąd nie zrobił drugiego stopnia specjalizacji, i teraz jest mało prawdopodobne, że to tego przystąpi – nagle, z roku na rok, okazuje się, że nie może dalej prowadzić swojego gabinetu, co powoduje, że na danym terenie zaczyna brakować

specjalistów. To jest uwaga chyba najważniejsza z tego, co tutaj powiedziałem. I na to, przede wszystkim, oczekiwałbym odpowiedzi ze strony ministerstw.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Kolejną osobą jest pani poseł Krystyna Skowrońska, proszę bardzo.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Wysokie prezydium, panie i panowie posłowie, panie ministrze, mam kilka pytań. Po pierwsze, przedłożony materiał na pewno jest zdecydowanie lepszy w stosunku do niektórych i pan minister to czuje – nie ma przynajmniej krytyki materiału. Ja jestem z tego materiału bardzo zadowolona.

Poza materiałem, którym państwo pokazali sposób kształcenia, liczbę miejsc na poszczególnych kierunkach czy przyjmowanych studentów na wydziałach lekarskich, interesuje mnie sprawa bazy. A zatem, wskazali państwo w materiale, że liczba miejsc i przyjęć na studiach stacjonarnych kierunku lekarskiego wzrosła. Zarówno w latach 2007-2008 limit był wyższy, jak i w ostatnim roku akademickim, czyli 2013-2014, tych miejsc będzie więcej o 470.

W kontekście tej informacji chciałabym zapytać o Podkarpacie, o Uniwersytet Rzeszowski, który stara się o uruchomienie wydziału lekarskiego na wydziale medycznym a zatem – o szansę i docelową bazę w zakresie kształcenia. To jest moje pierwsze pytanie.

Drugie pytanie, to sprawa jednostek akredytowanych do szkolenia w zakresie specjalizacji. Chciałabym zapytać pana ministra, jaki jest wpływ konsultantów krajowych na model kształcenia specjalizacyjnego a jaki wpływ Ministra Zdrowia.

Jestem z ośrodka, który ubiegł się o bycie jednostką akredytowaną w zakresie specjalizacji z neurochirurgii. To jest Szpital Powiatowy w Mielcu, z zapleczem osób posiadających odpowiednie kwalifikacje. Taką jednostką nie został uznany.

A po drugie, w zakresie szkolenia neurochirurgicznego, chciałabym, aby pan minister wskazał, w jaki sposób odbywa się nabór na specjalizację. Znane mi są przypadki, nie pojedyncze, ale pojawiające się w kolejnych latach, że w tym zakresie są trudności w dostępie do specjalizacji.

I ostatnia sprawa dotyczy punktów aptecznych. W kontekście pytań postawionych przez jedną z przedmówczyń, panią poseł Lidię Gądek, pytanie o punkty apteczne. Na pewno ta sprawa w miastach nie powoduje żadnych niepokojów, ale w jednostkach oddalonych, w tych miejscach, które są obecnie punktami aptecznymi przy publicznych czy niepublicznych przychodniach, powoduje to wątpliwości, że mogą one być zamykane. Jaka jest szansa na to, żeby pan minister zapewnił albo powiedział, co trzeba zrobić, żeby wykaz leków, które mogą być sprzedawane w punktach aptecznych, był w miarę szeroki, poprzez odpowiedni nadzór, aby niepokój w zakresie likwidacji punktów aptecznych w środowisku nie występował? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, te punkty apteczne są poza dzisiejszym tematem, ale rozumiem, że jest to temat ciekawy i gorący.

Na szybko wymieniliśmy poglądy w prezydium i, odnośnie do swojego pytania, panie ministrze, chciałabym dopytać o kształcenie pielęgniarek w liceach medycznych. Jak wygląda ta sprawa? Czy jest nabór, ile jest tych liceów, bo w materiale bardzo pobieżnie ten temat jest potraktowany?

Kolejna osoba, pani poseł Janina Okrągły. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, ja mam pytania, które może częściowo były już zadane. Po pierwsze, chodzi mi o limit przyjęć. Wiadomo, limit przyjęć na studia medyczne – chodzi mi szczególnie o kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny – jak i wszystkie inne, zależy od zapotrzebowania i możliwości uczelni oraz finansowania. A moje pytanie jest takie: czy ministerstwo ma prognozę i opracowania, jaki powinien być nabór? Ilu tych studentów powinno być? W jakim czasie powinniśmy osiągnąć liczbę docelową, która by zabezpieczała ubytek lekarzy z racji wieku i zwiększone zapo-

trzebowanie na tę grupę zawodową, związaną ze starzeniem się społeczeństwa, rozwojem technologii medycznych czy metod leczenia? To jest jedna rzecz.

Druga sprawa, z tym związana. 2017 r. to jest ostatni rok, kiedy jest staż podyplomowy. Czy uczelnie będą przygotowane na objęcie zwiększonym kształceniem praktycznym studentów 6. czy 5. roku, w zależności od kierunku? I czy to nie spowoduje, że w roku następnym będziemy mieć zdecydowanie mniej przyjęć na pierwszy rok studiów? Czy są takie prace i uczelnie i ministerstwo będą na to przygotowane? To jest jedna rzecz.

Druga sprawa dotyczy kształcenia podyplomowego. W tym zakresie wiele pytań zadała pani poseł Gądek. Chodzi mi właśnie o system kształcenia lekarzy rodzinnych. Jest to grupa, która może zahamować dostęp do specjalistów. Tych specjalistów nie wykształcimy tak, żeby każdy specjalista leczył każdego pacjenta a więc sposób finansowania… Bo we wrześniu 2012 r. konsultanci medycyny rodzinnej alarmowali o zaprzestaniu finansowania placówek kształcących lekarzy rodzinnych. Jak jest teraz? Jakie są prognozy na przyszłość?

I jeszcze jedna sprawa z tym związana. Mimo że tych miejsc może nie jest za dużo, jest małe wykorzystanie, bo 40% miejsc (proszę mnie skorygować, jeśli się mylę) jest niewykorzystane. Jaki więc stworzyć system zachęt, oprócz tylko zachęty finansowej, żeby młodzi adepci medycyny chcieli podejmować specjalizację z medycyny rodzinnej?

Następna rzecz, również związana z podstawową opieką zdrowotną. To pytanie może już było zadane – wprowadzenie pediatrów i internistów, krótka ścieżka i system przygotowania tej grupy, która by trafiła do pracy do POZ. Jest tam pewna specyfika, bo to nie tylko leczenie choroby, ale też patrzenie na pacjenta w kontekście całej rodziny i środowiska, w którym żyje. Jest to więc pewna specyfika.

Dostęp do specjalizacji. Jestem z województwa, gdzie nie ma ośrodka akademickiego. Mamy taki problem, że są specjalizacje deficytowe, tylko że my mamy jednak ograniczoną liczbę miejsc na te specjalizacje. Na przykład, na pediatrię – mamy chętnych. Miejsca specjalizacyjne by się znalazły. Co z tym się wiąże? To, że ci lekarze odchodzą i takie województwo, jak opolskie, może mieć problem z pediatrami. Problem już ma, ale może mieć większy niż z innymi specjalizacjami.

Sprawa techników już była poruszana, nie będę o tym mówić. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Tadeusz Dziuba prosił o głos, proszę bardzo.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Panie ministrze, dopatruję się niespójności państwa polityki w zakresie kształcenia lekarzy. Jeśli się mylę, to proszę o objaśnienia a jeśli nie, to o podanie przyczyn.

Otóż, sami państwo wymienili kilkanaście specjalizacji lekarskich jako priorytetowe i jednocześnie – jak rozumiem – jako deficytowe. A właśnie w niektórych tych specjalizacjach – może je odczytam: chirurgia onkologiczna, geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca – w ostatnich latach liczba rezydentur jest zerowa, chociaż poprzednio nie była zerowa, były rezydentury. Natomiast, w tych samych dziedzinach i w tych samych latach, kiedy liczba rezydentur jest zerowa, gwałtownie wzrosła liczba miejsc pozarezydenckich. Prosiłbym uprzejmie o objaśnienia.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy to wszystko? Tak. Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa posłów? Jeszcze pani poseł Skowrońska, proszę bardzo.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Chciałabym jeszcze o jedną rzecz dopytać pana ministra – w przypadku, kiedy na wydziale lekarskim zwiększa się liczba miejsc. Wskazali państwo, że na kierunku lekarsko-dentystycznym limit miejsc uległ zwiększeniu o 105, 9 na jednolitych studiach magisterskich, zwiększył się również o 13 na… Jednak, mamy szkolenie – 83 miejsca na jednolitych studiach prowadzonych w formie stacjonarnej i niestacjonarnej w języku innymi niż język polski. Zatem, chciałabym zapytać, czy jest to szkolenie studentów z innych krajów niż Polska, czy to jest szkolenie studentów z lepszą znajomością innych języków, którzy

mogą potem wyjechać, czyli, mają taki status… A jeżeli studentów innych niż polskich, to chciałabym zapytać, jak dużo studiuje i jak się zwiększa trend studiowania w zakresie wydziału lekarskiego i lekarsko-dentystycznego studentów z zagranicy.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś chciałby zabrać głos z zaproszonych gości? Bardzo proszę, pani doktor. I proszę się przedstawiać.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Oczywiście. Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, specjalista medycyny rodzinnej i pediatrii.

Szanowni państwo, spotykamy się po raz kolejny (zresztą również w ramach zespołu do spraw podstawowej opieki zdrowotnej) na temat kształcenia i zabezpieczenia naszych kadr medycznych. Sprawa jest bardzo istotna. Dziękuję wszystkim posłom za głosy w sprawie podstawowej opieki zdrowotnej medycyny rodzinnej. Panie ministrze, nie będę powtarzać tych wszystkich spraw, tym bardziej, że nie dalej niż kilka tygodni temu kolejne pismo w tej spawie zostało do ministerstwa złożone. Ja po raz kolejny proszę i apeluję o odpowiedź na proste pytanie: czy podstawowa opieka zdrowotna z lekarzem rodzinnym jest priorytetem ministerstwa i rządu, ponieważ przez te lata, niestety, my tego absolutnie nie widzimy i to zarówno w zakresie kształcenia, jak i traktowania samej podstawowej opieki zdrowotnej?

Posłowie mówią o 10 tys. lekarzy, których brakuje w POZ-ie. Tylu brakuje już dzisiaj. Jednak oni już teraz, nawet gdyby było te 10 tys., nie są w stanie zabezpieczyć braków, nie mówiąc o tym, że wpływ demografii jest zauważalny także u nas, czyli kadra się zmniejsza i starzeje się. Jeśli chodzi o liczbę lekarzy rodzinnych, których potrzebujemy do zabezpieczenia (mam nadzieję, że zmienionego wreszcie systemu podstawowej opieki zdrowotnej) i nie 2700 czy 3000 pacjentów na jednego lekarza, tylko w granicach 1800-2000 – to nie 10 tys., tylko co najmniej 15 tys. Zatem kształcenie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej opartej na medycynie rodzinnej powinno być priorytetem. Pytamy więc: jak będzie w tym zakresie wyglądać polityka długofalowa, bo to jest istotne, ale nie dzisiaj. Dzisiaj widzimy, jak jest. Na ponad 3000 miejsc rezydenckich mamy tylko ponad 1500 rezydentów. O tym posłowie również mówią. Niestety, nie ma wśród naszych studentów poczucia, że to jest priorytetowa dziedzina – dziedzina przeogromna, dlatego, że zawiera wszystko, ale z drugiej strony niezbędna do koordynowania leczenia. Możemy wytworzyć 1.500.000 specjalistów – z całym szacunkiem – jeżeli jednak ktoś nie obejmie tego pacjenta jednym leczeniem, to, niestety, mamy dużo problemów. To jest pierwsza sprawa.

Oczywiście, jeśli chodzi o krótką ścieżkę w zakresie medycyny rodzinnej, bezwzględny apel do ministerstwa, zarówno w odniesieniu do internistów, pediatrów i to tych, którzy mają ponoć wychodzić ze szpitali, jak i tych, którzy są w lecznictwie otwartym, o przygotowanie ich do roli w medycynie rodzinnej, czyli społecznej, rodzinnej, profilaktycznej, często pomocniczej. I to nie pięcioletnia czy czteroletnia edukacja, jak jest w przypadku medycyny rodzinnej, tylko faktycznie krótka ścieżka dostosowana do pediatrów i internistów w zakresie rozszerzenia. Oczywiście, jeśli mówię o krótkiej ścieżce, to po raz kolejny powtarzam i proszę o krótką ścieżkę geriatrycznego leczenia dla medyków rodzinnych.

I to jest następny problem, panie ministrze, który my często podnosimy: ograniczenie liczby możliwych specjalizacji po medycynie rodzinnej. Młodzi ludzie kończąc studia nie chcą sobie zamykać drogi i robić tylko to, dlatego, że na dzisiaj mamy specjalizacje: balneologia i medycyna fizykalna – 5 lat, geriatria – 5 lat (mówię o lekarzu posiadającym tytuł z medycyny rodzinnej), medycyna paliatywna – 5 lat, medycyna pracy – 5 lat, medycyna sportowa – 5 lat, transfuzjologia kliniczna – 5 lat. To jest wszystko, co może dzisiaj robić lekarz rodzinny po specjalizacji, takiej samej, jak inne. Młodzi ludzie bardzo często to podnoszą, że oni nie chcą sobie zamykać drogi do możliwej dalszej edukacji. Uważamy, że jest konieczne, aby dać możliwość rozszerzenia o pewne dziedziny, chociażby pediatrię, o której tak dużo się mówi. Dlaczego lekarz rodzinny nie może sobie dorobić modułu pediatrycznego? To jest nasz apel, żeby – z jednej strony – postawić na podstawową opiekę zdrowotną z lekarzem rodzinnej (to się opłaci wszystkim, dlatego, że gdy

system będzie dobrze działać na dole, to nie będzie tak dalece kosztochłonny u góry) a z drugiej strony – jest wymóg czasu. Pacjenci tego oczekują, że na dole w systemie będą mieć rozszerzony zakres diagnostyki i leczenia a na konsultacje pojadą raz na jakiś czas. I to jest priorytet, który zabezpiecza ochronę zdrowia w wielu krajach.

Ostatnio czytałam doniesienia kanadyjskie, gdzie również został przestawiony system edukacyjny. Tam, w kolejnych latach, próbuje się doprowadzić nawet do tego, żeby 50% studentów, którzy kończą medycynę, mieli kierunek podstawowej opieki zdrowotnej, czyli medycyny rodzinnej. Dlatego apelujemy o ten priorytet, który odczujemy. Oczywiście, będzie to związane również z samą podstawową opieką zdrowotną – jak to posłowie nazywają enigmatycznie – systemem zachęt. Co to jest? To jest to, żeby z jednej strony móc się kształcić a z drugiej strony, żeby móc leczyć w podstawowej opiece zdrowotnej, bo ja często powtarzam, że nie jest wykorzystywana wiedza, którą posiadamy jako lekarze rodzinni, często z dodatkowymi specjalizacjami. A po drugie, żeby ta praca przynosiła zadowolenie zawodowe a także – właściwe finansowanie i właściwą pozycję. Dlatego po raz kolejny apelujemy o rozmowy na temat podstawowej opieki zdrowotnej opartej właśnie na medycynie rodzinnej, zarówno dla tych, którzy już są medykami, jak i szczególnie dla tych młodych adeptów, których musimy zabrać i przygotować ich do medycyny rodzinnej, do geriatrii i miejmy nadzieję, że w przyszłości do pediatrii, chociaż rodzących się dzieci jest coraz mniej. Może kiedyś ten trend się odmieni.

Panie ministrze, po raz kolejny zgłaszamy akces do pracy. Jesteśmy otwarci (zresztą pisaliśmy pismo i to nie jedno, w tej sprawie) i bardzo prosimy o potraktowanie tej sprawy i tej dziedziny jako faktyczny priorytet w tych głównych założeniach. I, oczywiście, informacja, jaka jest polityka długofalowa, bo to jest dla nas bardzo istotne, czy za 5 lat przybędzie chociaż 10 tys. (nie przybędzie, bo wiemy, że teraz mamy 1500), żebyśmy wiedzieli, na czym właściwie stoimy i jak dalej w tym systemie ma być. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę, kolejna osoba. Pan się zgłaszał, proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Maciej Szmitkowski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, prof. Maciej Szmitkowski, lekarz, diagnosta laboratoryjny, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Jednocześnie dzisiaj mam zaszczyt reprezentować Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych.

Chciałbym z akademickiego punktu widzenia zwrócić państwa uwagę na fakt, że my podlegamy dużo większym wpływom Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego niż Ministerstwa Zdrowia, ponieważ w gruncie rzeczy cała nasza praca oparta jest na prawie o szkolnictwie wyższym. I dzisiaj w tymże MNiSW, w wielu sprawach, razem z MZ odbijamy się, jak przysłowiowy groch od ściany. Chciałbym dzisiaj zaprezentować państwu i powiedzieć o tym, projekt zmian ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, który przygotowuje MNiSW a który – w niektórych aspektach – uważamy za niezwykle groźny dla kształcenia medycznego. Otóż, projekt ten przewiduje, że będzie można połowę studiów zaliczyć – tak, jak tu jest napisane – na postawie „efektów uczenia się uzyskanych drogą inną niż formalna, czyli przez wykonywanie pracy, uczestnictwo w kursach i szkoleniach, samodoskonaleniu i wolontariacie". Możemy zgodzić się na tego typu podejście w różnych kierunkach kształcenia, ale w żadnym przypadku w kształceniu medycznym.

Pani minister Kudrycka wyłącza z tego typu połowicznego kształcenia lekarzy, farmaceutów i pielęgniarki, ale przecież zawodów medycznych jest dużo więcej – mają to państwo w opracowaniu Ministerstwa Zdrowia. Fakt, że wyłącza tamte trzy zawody jest tylko dowodem na to, że sama jest w pełni przekonana, iż ten typ kształcenia jest gorszy, ponieważ nie będzie wprowadzać zagrożenia dla pacjenta kształcąc lekarzy na studiach dwuipółletnich a nie pięcioletnich.

Ja nie będę w tym momencie walczyć o wykształcenie ratowników medycznych, aczkolwiek jako pacjent nigdy nie chciałbym się znaleźć w wypadku samochodowym, w którym będzie mi udzielać pomocy ratownik medyczny wykształcony na studiach półtorarocznych a nie trzyletnich, licencjackich, ale reprezentuję olbrzymią rzeszę diagnostów laboratoryjnych, którzy do tego zawodu, do naszej izby, trafiają kształcą się na kie-

runku analityka medyczna. Są to ludzie, którzy trafiają do laboratoriów medycznych, do laboratoriów biochemicznych, hematologicznych, genetycznych, immunologicznych, biologii molekularnej, do stacji krwiodawstwa, sanepidów. Według danych światowych WHO, dzisiejsze rozpoznania lekarza w 70% zależy od tych badań. Te badania muszą być na najwyższym poziomie, żeby lekarz postawił prawdziwe rozpoznanie i nie popełnił błędu później, w terapii.

Od pół roku walczymy o to, żeby Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie stosowało tej modyfikacji prawa o szkolnictwie wyższym w odniesieniu do kierunku analityka medyczna. W tej sprawie wszystkie wydziały podjęły uchwały i przesłały pisma do pani minister Kudryckiej. W tej sprawie studenci wszystkich uczelni też wysłali swoje protesty. W tej sprawie, w maju, odbył się protest-demonstracja pod MNiSW – przyjechało kilkuset studentów i nauczycieli akademickich z transparentami „połowa uczenia – połowa leczenia", jeśli możemy taki układ zaakceptować.

Nie wiem, na jakim etapie procedowania są te zmiany ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ale chciałbym Wysoką Komisję prosić o poparcie tego, co teraz mówię i z czym, z całą pewnością zgadza się także pan minister – wiem, bo nieraz już rozmawialiśmy o tym w Ministerstwie Zdrowia i dyskutowaliśmy w obecności wiceministrów nauki i szkolnictwa wyższego. To tyle, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Widziałam tam jeszcze jedną rękę sygnalizującą zgłoszenie. Czy pan nadal chce zabrać głos?

Przedstawiciel Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Michał Rytel:

Nazywam się Michał Rytel. Jestem prawnikiem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych i walczyłem o głos dla pana profesora. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Zgłaszają się jeszcze dwie osoby ze stowarzyszenia młodych lekarzy. Czy panowie chcą zabrać głos? Tak?

Adam Górski wiceprzewodniczący Koła Młodych Lekarzy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

Tak.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Adam Górski wiceprzewodniczący Koła Młodych Lekarzy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, Adam Górski, wiceprzewodniczący… Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Był tu poruszany temat kształcenia przeddyplomowego i zwiększenia liczby kandydatów na te studia. Jednak na razie nikt nie zastanowił się nad takim zjawiskiem, jak rezygnowanie ze studiów medycznych w znaczącej skali, co nie było spotykane do tej pory. Mimo, że liczba kandydatów jest wyższa, po pierwszym roku studiów (to jest wynik naszych konsultacji z nauczycielami akademickimi, jak i z warszawską uczelnią medyczną) dużo osób rezygnuje z uwagi na bardzo trudne studia medyczne w trakcie pierwszych trzech miesięcy kształcenia. Chyba należy pochylić się również nad tym tematem. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy pana kolega też będzie zabierać głos? Nie. Czy tak? Nie słyszę. Dziękuję bardzo.

W takim razie rozumiem, że więcej zgłoszeń nie ma. Dyskusję uważam za zamkniętą. Panie ministrze, padło dużo pytań, bardzo proszę o odniesienie się do nich.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, dziękuję bardzo za te pytania. Dziękuję też za klimat dzisiejszego spotkania, bo rzeczywiście jest on konstruk-

tywny i merytoryczny. Cieszę się, że możemy o ważnych sprawach dla polskiej medycyny rozmawiać w takim klimacie.

Bardzo dużo pytań padło. Nie wiem, na ile możemy pogłębiać te kwestie, ale bardzo chętnie ustosunkuję się, bo padło wiele istotnych pytań. Zacznę w kolejności zadawanych pytań.

Pan przewodniczący Orzechowski spytał o trzy kwestie. Pierwsza, to kształcenie pielęgniarek. Odpowiem w ten sposób, już nie przytaczając danych, które są w materiałach.

Oczywiście, mamy świadomość tego, co się dzieje w systemie, jeśli chodzi o pielęgniarki i narastające w tej chwili zagrożenie tym, że pielęgniarek w systemie będzie mało. Już jest ich za mało. Podjęliśmy, oczywiście, działania, które miałyby za zadanie (w dłuższej perspektywie czasowej warto o tym pamiętać, oceniając skuteczność tych działań) zwiększyć liczbę pielęgniarek na rynku usług medycznych.

Najistotniejsza kwestia, którą chciałbym rozwinąć, dotyczy tak zwanych kierunków zamawianych. Trwają bardzo zaawansowane, choć – nie ukrywam – również dość burzliwe rozmowy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego w tym zakresie, abyśmy mogli otworzyć perspektywę dla tych studiów. Aktualnie jest przeprowadzane badanie ewaluacyjne – jest to rodzaj konsensusu między Ministerstwem Zdrowia a ministerstwem nauki – które ma za zadanie określić aktualny status pozycji zawodowej pielęgniarek na zawodowym rynku medycznym. Jest to próba, tak naprawdę, obiektywnego uwiarygodnienia danych, którymi w tej chwili operujemy i które, chociaż intuicyjnie, wszyscy znają a odnośnie do których mamy dość przekonujące dane. Jednak ministerstwo nauki tego rodzaju badanie przeprowadza, podobnie jak dla kilku innych zawodów. To jest badanie, które ma za zadanie wprowadzić obiektywną podstawę do tego, żebyśmy mogli mówić o kierunkach zamawianych dla tego zawodu, co – myślę – ma bardzo praktyczną implikację w postaci stypendialnej zachęty dla tych kierunków, które państwo uznaje za priorytetowe.

Tak, jak powiedziałem, jesteśmy bardzo zaawansowani w tych rozmowach. Liczę na to, że wkrótce po tym, jak uzyskamy wyniki badania ewaluacyjnego, one zostaną zatwierdzone. Wiążemy z tym duże nadzieje, ale pragnę podkreślić, że to nie zamyka tematu, bo kształcenie to jedno, a dużym tematem do dyskusji jest pozycja zawodowa pielęgniarek na rynku pracy, ich zarobki i możliwości ich zatrudnienia. I tu, rzeczywiście, możliwości regulacyjne, czy możliwości centralnego sterowania tym problemem, z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia są relatywnie mniejsze w stosunku do wpływu na kwestie kształcenia. Oczywiście, dotykamy kwestii związanej z czysto zarządczym działaniem na poziomie podmiotów opieki zdrowotnej. Tutaj wpływ ministerstwa zamyka się w regulacji pewnych standardów i (dotykamy tu bardzo ważnej kwestii) – norm zatrudnienia. To jest ten wpływ, nad którym przez ostatni rok bardzo burzliwie procedowaliśmy ze środowiskiem pielęgniarek. Nie uzyskaliśmy konsensusu w tych dość burzliwych rozmowach, mamy nieco odmienny punkt widzenia. Musimy patrzeć na cały system. Musimy dbać o możliwości systemu tak, abyśmy go nie przeregulowali administracyjnie, co sprawi, że liczba pielęgniarek dramatycznie wymagana przez system wzrośnie w sposób, który nie jest możliwy do zaspokojenia. Jednak tylko w tym zakresie możemy regulować i bardzo pośrednio wpływać na zarobki pielęgniarek, bo naszym problemem jest w tej chwili również inny temat a mianowicie to, ile z tych wykształconych pielęgniarek, również po zachęcie na zamawianych studiach, podejmie pracę w zawodzie. To jest już kwestia atrakcyjności płacowej, atrakcyjności pracy, atrakcyjności rozwoju zawodowego i wielu innych czynników, jak w każdym innym zawodzie.

Jak wspomniałem, mamy świadomość wagi tych rozwiązań, ale podejmowane działania muszą odzwierciedlać również spektrum możliwości na rynku medycznym. Mówię również o możliwościach w zakresie podmiotów medycznych, które będą zmuszone do realizacji wtórnej do postanowień Ministerstwa Zdrowia w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek.

Pan przewodniczący Orzechowski zapytał również o absolwentów: jak zatrzymać absolwentów? Słuszna uwaga. Mamy wielki problem, już nie tak duży jak kilka lat wstecz, ale wciąż znaczący. Mówimy o sytuacji, w której państwo polskie nie tylko kształci lekarzy w trybie przeddyplomowym, ale również w trybie podyplomowym, jako

specjalistów kształconych w trybie rezydenckim. Rzeczywiście, badaliśmy tę sprawę i nie tylko my. Z tego, co wiem, poprzednicy również badali tę kwestię od strony formalnej.

Oczywiście nie możemy w żaden formalny sposób zakazać wolnej migracji obywateli – jesteśmy w Unii Europejskiej – żadnej grupy zawodowej. Nie wchodzą w grę tego rodzaju regulacje. Niemniej jednak, jesteśmy zaawansowani w próbie formalnego doregulowania przewartościowania całego systemu rezydenckiego. Ja o tym już kilkakrotnie publicznie mówiłem, ale warto o tym wspomnieć jeszcze raz. Tu mamy również, niestety, bardzo skomplikowaną sytuację prawną, ale wydaje się, że to jest jedyna ścieżka. Mianowicie, rozważamy taki model, w którym obecne rezydentury mogłyby być zastąpione systemem… Jest to kwestia nazwy, ale idea jest taka, aby miało to charakter pożyczki, która byłaby umarzana w kolejnych latach, kiedy lekarz pracowałby w systemie, który jest finansowany przez płatnika publicznego, bez względu na to, czy są to podmioty publiczne, czy niepubliczne. Chodzi o to, żeby były to podmioty, które funkcjonują nie w sektorze prywatnym a są finansowane i mają zakontraktowane świadczenia na poziomie NFZ.

W bardzo ogólnym zarysie ta idea wyglądałaby tak, że w kolejnych latach, które ten lekarz przepracowuje dla systemu, ma stopniowo umarzany ten rodzaj długu, który zaciąga będąc na rezydenturze. Tak w dużym skrócie o tym myślimy i finalizujemy tego rodzaju projekt, który – mamy na dzieję – przynajmniej na pewien czas zlikwiduje tę dysproporcję pomiędzy tym, że aktualnie państwo polskie płaci na to kształcenie – i przeddyplomowe, i podyplomowe – natomiast nie ma żadnych możliwości egzekwowania tego, żeby jednak lekarze w tym systemie funkcjonowali. Oczywiście, jeżeli ktoś, z różnych względów życiowych, podejmuje inne decyzje, to nie mamy możliwości zatrzymywania takich lekarzy, ale ten dług staje się długiem zwrotnym a nie bezzwrotnym, jak w pierwotnym założeniu i jest to rodzaj motywacji, która powoduje, że tego rodzaju system miałby szansę zmniejszyć tendencje migracyjne a przynajmniej doprowadzić do sytuacji, że osoby, które kończą specjalizację, już nazajutrz mogą się spakować i realizować pracę zawodową w innym miejscu w Europie, co aktualnie się dzieje w pewnych sytuacjach, jak państwo wiedzą. To jest projekt, który z całą pewnością – zdaję sobie z tego sprawę – wywoła ogromne kontrowersje i ogromną burzę, ale, jeżeli mówimy o pomysłach na to, w jaki sposób to zrobić, jeżeli jest taki konsensus społeczny, jest taka wola polityczna do tego rodzaju działań, to wydaje się, że jest to relatywnie mało dolegliwy sposób. Wychodząc z założenia, że ci lekarze zostają i pracują, to jest to system, który praktycznie będzie odzwierciadlać aktualną tendencję, czyli system rezydencki. Natomiast, w tych pojedynczych, miejmy nadzieję nielicznych sytuacjach, kiedy lekarz decyduje się na opuszczenie kraju przed okresem zaplanowanym, oznacza to pewne konsekwencje finansowe.

Kolejne pytanie pana przewodniczącego Orzechowskiego dotyczyło akredytacji. Nie do końca zrozumiałem intencję, ale myślę, że głównie chodziło o jakby położenie na szali dużych ośrodków, dużych szpitali klinicznych, które są akredytowane, i o ten bezpośredni dostęp do podawania pewnych procedur.

Otóż, chcę państwa uspokoić (to też padało tu kilka razy w pytaniach), że jeśli chodzi o ośrodki akredytowane, jest ich na tyle dużo, że to wcale nie oznacza zawężenia do kształcenia w tych dużych ośrodkach, jakimi są szpitale kliniczne. Oczywiście, jest to kwestia dyskusyjna, czy jest ich wystarczająco dużo, czy dostęp do nich jest wystarczający, ale trzeba podkreślić dwie tendencje. Albo w pewien sposób kontrolujemy pewne minimum jakości, które w tych ośrodkach akredytowanych jest… I tu możemy znowu rozpocząć debatę na temat tego, czy to jest wystarczająca ocena, czy nie.

Przypomnę, że dzisiaj ta jakość jest weryfikowalna poprzez komisję CMKP, natomiast czasami – wiemy o tym z systemu – prosiłoby się o system weryfikacji praktycznej. Ten system planujemy wprowadzić w nowym modelu specjalizacyjnym. Jest, oczywiście, pytanie o rozrost aparatu administracyjnego kontrolnego, bo to jest wtórne. Jeśli mówimy o tak dużej liczbie ośrodków i o tym, że w jakimś trybie kontrolnym miałoby to funkcjonować, to zdajemy sobie sprawę z pewnych obciążeń dla systemu. Jest to jednak absolutnie do rozważenia, bo tu widzimy potrzebę doregulowania rzeczy, które dzisiaj nie są do końca doprecyzowane. Szczególnie, jeśli zważymy, że część akredytacji

została uzyskana już kilka lat wstecz i niekoniecznie, po pierwsze, mamy gwarancję dochowania poziomu, który w akredytacji został zapewniony a po drugie – te wymagania również ewoluują i wydaje się, że przynajmniej w nowym systemie (to planujemy, i o tym mogę zapewnić) system odnawiania akredytacji będzie absolutnie niezbędny. To znaczy, nie będą one bezterminowe a będą kadencyjne i będą wymagać przedłużania, co daje nam możliwości doprowadzenia do sytuacji, w której przynajmniej będziemy mogli liczyć na to, że one będą udzielane na kilkuletnie odcinki czasu, w zależności od specjalizacji. Nie chciałbym tego w tej chwili deklarować, bo to znowu zależy od specjalizacji i pewnego konsensusu ze środowiskiem, który uzyskamy – musimy ocenić możliwości systemowe. Niemniej jednak wydaje się, że tego rodzaju zmiany są niezbędne, ale nie szedłbym tak bardzo daleko, że w perspektywie dzisiejszej ogranicza się to jedynie do dużych ośrodków, bo mamy przykłady i mogę je przytoczyć, oczywiście przyjmując też, że są głosy na temat niedostateczności tego dostępu… Jednak trudno sobie wyobrazić, że dostosujemy te warunki akredytacyjne do poziomu pewnych ośrodków. Wydaje się, że słuszną ścieżką, jeśli mamy kontrolować jakość, jest to, że ośrodki powinny jednak dążyć do poprawy jakości, która jest opisana w akredytacjach i jeżeli mamy do czynienia z sytuacją, kiedy z jakichś powodów nie jest to możliwe, to przyjęliśmy pewien konsensus w takiej formie, że warunki do akredytacji są ściśle określone i musimy je spełnić. Jeżeli ośrodek nie jest w stanie ich spełnić, to rozumiem, że nie jest w stanie prowadzić szkolenia. Jeżeli mamy do czynienia z sytuacjami tendencyjnymi (bo, jak rozumiem, taka była intencja pani poseł Skowrońskiej) to mam nadzieję, że rzeczywiście są to pojedyncze sytuacje i indywidualnie musimy się im przyjrzeć. Proszę o takie sygnały. Oczywiście, jesteśmy w stanie praktycznie dość szybko zweryfikować zastrzeżenia, które uniemożliwiają uzyskani akredytacji.

Pani poseł Hrynkiewicz zadała kilka pytań. Zacznę w kolejności, w jakiej zdążyłem to zanotować.

Liczba kształcących się lekarzy, i pytanie pani poseł dotyczące studentów, którzy kształcą się w tak zwanym systemie English Division, czyli uczą się w języku angielskim, względnie innych językach, bo w rożnych uczelniach odbywa się to w różny sposób. Mogę zapewnić… Jest tu na sali pan rektor Moryś, którego będę prosić o krótki komentarz. Pan rektor jest rektorem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego a także szefem KRAUM, więc myślę, że ma pełnomocnictwa do tego, żeby przemawiać w imieniu wszystkich rektorów. Z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia zawsze bardzo mocno akcentujemy w relacjach z KRAUM-em i z rektorami indywidualnych placówek, że priorytetem dla nas są studenci polskojęzyczni – Polacy studiujący w naszych uczelniach. Zawsze akcentujemy, że udzielanie tych zgód, które dotyczą limitów, odbywa się pod warunkiem, że uczelnie gwarantują najwyższą jakość kształcenia dla studentów polskich. Mamy zapewnienia ze strony uczelni (i mam nadzieję, że pan rektor to powtórzy), że nigdy nie odbywa się to kosztem kształcenia studentów polskich. Ja sam, pracując jeszcze rok temu jako adiunkt na Uniwersytecie Gdańskim i mając przyjemność, i zaszczyt prowadzenia zajęć ze studentami, miałem niekiedy konflikt czasowy związany z tym, że pewne kwestie były do pogodzenia, ale nigdy (z mojej perspektywy jako adiunkta prowadzącego zajęcia) nie odbywało się to kosztem polscy studenci *versus* obcojęzyczni studenci. Z reguły uczelnie rozsądnie planują czas zajęć, rozsądnie gospodarują mieniem w postaci sal seminaryjnych i wykładowych. Myślę, że tutaj zastrzeżenie jest zupełnie… To znaczy, rozumiem obawę pani poseł. Ona zawsze powinna być wyrażana. My też ją artykułujemy, bo interes komercyjny nie może zwyciężać z jakością kształcenia, ale nigdy nie mieliśmy sygnałów od studentów (bo myślę, że oni są najważniejsi w tej ocenie), żebyśmy mieli podstawę do wyrażania tego rodzaju obaw.

Jeśli chodzi o wyjaśnienie kwestii związanej ze studiami stacjonarnymi i niestacjonarnymi (pani poseł wyraziła w związku z tym niepokój) jest to kwestia trochę historycznej zaszłości, pewnej niezręczności w sformułowaniu, która zaistniała na początku, kiedy tak nazwano ten model studiowania. Zapewniam, że w polskim systemie nie ma lekarzy kształcących się w tak zwanym systemie zaocznym, bo taka była intencja pytania pani profesor. Ta nazwa odzwierciedla pewien segment rynku kształcenia medycznego, który… Świadomie używam określenia „rynku”, bo to jest model, gdzie studenci płacą

za kształcenie. I tu nie mówimy już o grupie English Division, tylko o niewielkiej grupie, która jest na uczelniach i płaci. Ona, dla odróżnienia, została nazwana jako studia niestacjonarne, ale – żeby była pełna jasność – nie ma żadnych różnic, jeśli chodzi o dydaktykę, o zakres tematyczny. I tu też rektorzy, z tego, co wiem z naszych relacji, bardzo rygorystycznie przestrzegają kwestii jakościowej. W związku z tym, jest to jedyne rozróżnienie a dla nas, dla celów sprawozdawczych, używamy tego rodzaju określenia, które rzeczywiście może wprowadzać w błąd. Dlatego to wyjaśnienie jest tutaj bardzo ważne.

Kolejne pytanie pani poseł dotyczyło liczby osób zdających egzamin lekarski i obawy, czy jakość jest wystarczająca, skoro tyle osób zdaje ten egzamin, czy nie świadczy to o zbyt niskiej randze czy poziomie merytorycznym egzaminu. Byłbym bardzo ostrożny w formułowaniu takich wniosków, dlatego, że z reguły mamy pewien dylemat oceniając to. Pamiętam sprzed kilku miesięcy medialnie bardzo nośną kwestię, związaną z odsetkiem osób, które zdawały egzamin specjalizacyjny z anestezjologii. Tam z kolei nie zdawało 50% lekarzy. Były głosy, że egzamin jest za trudny, nierealistyczny. Jeśli jest taka sytuacja, o której mówimy, pojawiają się tego rodzaju głosy, które mogą sugerować, że egzamin za łatwy. Myślę, że gwarancją tego, że ten egzamin dobrze ocenia możliwości dydaktyczne uczelni i jednocześnie sposób podejścia do obowiązków przez studentów, jest to, że w ten egzamin angażowany jest cały system kształcenia. W ocenie wszystkich specjalistów w tej dziedzinie (nie mówię wcale o urzędnikach Ministerstwa Zdrowia, ale o osobach, które od lat są zaangażowane w proces dydaktyczny) jest to model, który bardzo dobrze się sprawdza i dość dobrze odzwierciedla weryfikację i ocenę studentów.

Przypomnę tylko, że jest to egzamin który podsumowuje całość wiedzy. Zdają go studenci, którzy są po egzaminach cząstkowych. W systemie kształcenia rzadko mamy tego rodzaju sytuacje, kiedy egzaminem państwowym domykamy całość materiału. To jest dodatek do poszczególnych egzaminów, które pojawiły się w toku studiów i, jeśli chodzi o takie sytuacje w innych zawodach, to trudno znaleźć tego rodzaju punkt odniesienia. To jest bardzo ważna rzecz. To nie jest egzamin zamiast egzaminów cząstkowych – wszyscy ci studenci zdali egzaminy cząstkowe, które zostały ocenione i zostali oni dopuszczeni do dalszego toku studiowania. To jest egzamin dodatkowy. Na lekarzy nałożono dodatkowy obowiązek, kładąc na szali ich szczególną rolę społeczną. Nakładamy na nich dodatkowy obowiązek w postaci egzaminu państwowego, który jeszcze raz weryfikuje, reasumuje wiedzę z całych studiów. Myślę więc, że jest to takie podwójne sito, które dość dobrze oddaje troskę i uczelni i resortu o to, żeby ten zawód był szczególnie traktowany, również, niestety, w sensie wymogów. Mówię „niestety", bo to czasem może budzić niezadowolenie.

Tu młodzi lekarze wyrazili trudne do skomentowania opinie, że pewien odsetek studentów rezygnuje. Są to trudne studia. Obecni tu na sali lekarze wiedzą, że są to trudne studia, wymagające. Myślę, że tak powinno być. Nie uważamy za stosowne, żeby w jakikolwiek sposób obniżać ten poziom trudności, dlatego, że jest to zawód o szczególnych wymaganiach.

Tak więc, pani profesor, nie mamy w tym zakresie specjalnych sygnałów, że to jest zbyt niski poziom. Przeciwnie. Przypomnę też, że umożliwia to nam w nowym systemie wyniki tego egzaminu… Te pojedyncze sytuacje, o których pani poseł wspomniała, pokazują, że ten egzamin również weryfikuje osoby, które jednak okazały się nieprzygotowane, ale raczej zakładamy, że to są osoby, które przeszły przez sito egzaminacyjne w czasie studiów, natomiast egzamin pomaga ocenić już komplementarnie całość tej wiedzy, którą student uzyskuje, a nam umożliwia przydzielanie miejsc specjalizacyjnych w systemie rezydenckim, zgodnie z kwalifikacjami, które ci studenci uzyskują. Zresztą, ten model jest na tyle dobry (w mojej osobistej ocenie), że próbujemy nawet implementować tego rodzaju rozwiązanie do innych zawodów medycznych. Wydaje się, że jest ono dość dobrą formą sprawdzenia wiedzy po zakończeniu. Ten egzamin państwowy nadaje szczególną rangę uzyskanym kwalifikacjom. Nie silę się na ocenę odnośnie do zakresu merytorycznego. Są specjaliści w każdej dziedzinie. Staramy się bardzo intensywnie współpracować z CEM, z CMKP i z uczelniami. Uważam, że akurat oddanie tej kwestii w gestię profesjonalistów, dydaktyków, naukowców, jest optymalnym rozwiązaniem. Myślę, że urzędnicy powinni jak najdalej trzymać się od tego w sensie merytorycznym,

natomiast regulacyjnie jak najbardziej jesteśmy za tym, żeby te kwestie starannie doprecyzowywać.

Jeśli chodzi o obawę, również wyartykułowaną przez panią poseł, dotyczącą miejsc akredytacyjnych, czy wszystkie spełniają standardy (bo tak, w dużym skrócie, zrozumiałem to pytanie) mamy dobre spektrum wątpliwości, bo pani poseł Skowrońska wyrażała przeciwstawną obawę, czy nie jest ich za mało. Pani poseł Hrynkiewicz pyta, czy nie jest ich za dużo i czy wszystkie spełniają standardy.

Tak, jak wspomniałem, w nowym systemie będziemy starać się poprawić trochę system akredytacyjny, bo również mamy pewne wątpliwości, zważywszy na fakt, że obecny system działa już kilka lat, ale przede wszystkim na to, o czym wspomniałem – kadencyjność uzyskiwania akredytacji, poprawę weryfikacji praktycznych poza tylko ocenę samych wniosków akredytacyjnych i, oczywiście, reagowanie na sytuację, kiedy dochodzą do nas sygnały, że coś jest nie tak. Nie ma innego sposobu, bo – z jednej strony – jeżeli pomyślimy o tym, że to jest tylko kilka, kilkanaście czy kilkadziesiąt ośrodków w kraju, to stworzymy wąskie gardło do szkolenia. Z drugiej strony, nie ma też powodu, żeby ograniczyć to do ośrodków wysokospecjalistycznych czy akademickich, bo to zależy od profilu oczekiwanych efektów.

Wspomniani lekarze medycyny rodzinnej z całą pewnością powinni kształcić się pierwotnie również w systemie klinik akademickich, ale – myślę, że bardzo ważne jest, żeby te akredytacje uzyskiwały również praktyki lekarzy rodzinnych, bo to jest naturalne środowisko lekarza rodzinnego, również w okresie kształcenia jako rezydenta. Będziemy zmierzać w nowym systemie, żeby środek ciężkości przesunąć w kierunku tych najmniejszych ogniw, czyli praktyk, starając się bardzo indywidualnie dopasować to do programu kształcenia. To był zresztą mój stały apel do konsultantów krajowych w licznych spotkaniach, żebyśmy zindywidualizowali te programy szkolenia na tyle, żeby odzwierciedlały one realne potrzeby kształcenia w danej specjalizacji. Dlatego mam nadzieję, że za kilka lat nie będziemy mówić o takim zunifikowanym systemie a o dosyć rozbitym, co stworzy pewnie pogłębioną obawę w kontekście tego pytania, czy wszystkie te ośrodki spełniają standardy. Myślę, że wszystkie będą spełniać standardy (mam taką nadzieję) i ich mnogość absolutnie nie będzie świadczyć o ich jakości. Będzie świadczyć po prostu o indywidualnym podejściu do każdej specjalizacji, natomiast, nie będzie się to odbywać kosztem obniżenia standardu.

Tyle w największym skrócie… Nie. Było jeszcze pytanie pani poseł o geriatrów. Było to istotne pytanie dotyczące kształcenia geriatrów.

W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia może zachęcić do kształcenia? Dotyczy to nie tylko geriatrów, ale także lekarzy medycyny rodzinnej (bo ten wątek tu się pojawia) i innych specjalności, które są mniej popularne. Oczywiście, bezpośrednią zachętą są rezydentury. Tym narzędziem dysponujemy i staramy się nim operować. Jeżeli państwo zwrócą uwagę na aktualne jesienne rozdanie rezydentur, to wyraźnie widać, że jest tendencja do zwiększenia w ofercie rezydenckiej, i to istotnego, liczby miejsc pediatrycznych, internistycznych a także geriatrycznych i medycyny rodzinnej – bardzo ważna rzecz. Proszę zwrócić uwagę na te zestawienia, skore są publikowane i dostępne. Pamiętać jednak należy o jednej rzeczy, że zgodnie z ustawą, to postępowanie… Nie jest tak, że Ministerstwo Zdrowia ma zupełnie wolną rękę w decydowaniu o liczbie miejsc rezydenckich. To jest bardzo ważny aspekt, jeżeli mamy ponosić odpowiedzialność i odpowiadać na to pytanie, dlatego, że określenie liczby miejsc rezydenckich w poszczególnych dziedzinach odbywa się wtórnie do liczby miejsc akredytacyjnych – to jest bardzo ważny element, na przykład, w tegorocznym jesiennym rozdaniu. Czasami bywało tak, że jest to ograniczenie, które w naturalny sposób uniemożliwia nam większej liczby miejsc. Po prostu miejsc akredytacyjnych jest tyle, i tyle staraliśmy się dawać, szczególnie, jeśli chodzi o dziedziny priorytetowe. Staraliśmy się dawać maksymalnie, czasem nawet w porozumieniu z wojewodami. Tutaj ten konsensus jest ważny, bo wojewodowie opiniują to w pewnym sensie, czyli dają informację ministrowi zdrowia o swoich potrzebach, natomiast – oczywiście – minister zdrowia podejmuje ostateczną decyzję. Tu staraliśmy się wychodzić naprzeciw oczekiwaniom wojewodów, ale – z drugiej strony – czasami zwiększać to aż do puli, która jest limitowana miejscami akredytacyjnymi.

Natomiast, jeśli chodzi o liczbę geriatrów, to odpowiadając pani poseł na to pytanie, nie chciałbym, aby ta rozmowa poszła bardzo jednoznacznie w kierunku maksymalizacji liczby geriatrów. Ten cel (w różnych gronach lekarskich i towarzystw naukowych mówię o tym bardzo często, spotykając się z akceptacją tej opinii) możemy zyskiwać różnymi sposobami. Ja, oczywiście, mam dane, które mówią o tym, że aktywizujemy w programach ze środków unijnych bardzo dużą część lekarzy. W tej chwili dwa duże programy są realizowane, ale we współpracy z Ministerstwem Środowiska i z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej realizujemy również kolejny. Natomiast, mówiąc o tym, wystarczy powiedzieć o tych, które są realizowane w zakresie wsparcia opieki geriatrycznej.

Mówimy o kwocie 22 mln przeznaczonych w latach 2012-2015. To jest kurs dla 2000 pielęgniarek, 2000 lekarzy POZ, 1000 fizjoterapeutów, 200 opiekunów medycznych i 200 terapeutów środowiskowych. Drugi program dotyczy rozwoju kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych. Tu mówimy o przeznaczonej na to kwocie prawie 16 mln (15.800.000). To są bezpośrednie wyniki starania Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia a mówię o tym celowo, dlatego, że mówienie o opiece geriatrycznej w kontekście tylko lekarzy geriatrów jest zawężaniem problemu. I zdaję sobie sprawę z okoliczności, dlaczego tak się dzieje, ale warto to podkreślać przy każdej okazji. Dla części z państwa jest to truizm.

To nie jest tak, że musimy wykształcić określoną liczbę lekarzy geriatrów, którzy automatycznie przejmą opiekę. To jest tak, że lekarze geriatrzy powinni kierować opieką zdrowotną w kilku kluczowych miejscach, powinni ściśle współpracować z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej w tym zakresie. Tu zgoda z panią doktor pytającą o to, że dokształcanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (celowo wymieniam ten kurs) jest zdecydowanie potrzebne. To realizujemy i będziemy realizować, bo to jest bardzo ważny element, natomiast opieka geriatryczna, to jest bardzo szerokie spektrum działań. To są pielęgniarki, fizjoterapeuci, rehabilitanci. To jest opieka psychologiczna i, wreszcie, opieka społeczna. Bardzo często są to kwestie wykraczające poza sensu *stricte* medycynę naprawczą. Dlatego warto rozważać te kwestie związane z kształceniem geriatrów w bardzo ściśle określonym kontekście. W tym kontekście stawiane jest również bardzo częste pytanie, dlaczego jest tak mało szpitali geriatrycznych w Polsce? Nie będzie ich więcej, bo byłoby to nierozsądne. Proponowałbym, żeby nad tym się zastanowić, dlatego, że żaden system na świecie nie reguluje tej kwestii w ten sposób, że buduje szpitale geriatryczne. Jest to najdroższa metoda opieki. Środek ciężkości powinien raczej przesuwać się w kierunku opieki domowej i pomocy społecznej oraz komplementarnego rozwijania wielokierunkowej, interdyscyplinarnej i międzyinstytucjonalnej opieki. Tak na świecie, w nowoczesnych społeczeństwach to się rozwija.

Natomiast, odnosząc się bezpośrednio do pytania pani poseł, dotyczącego liczby geriatrów – oczywiście, jest tak, że poza zwiększeniem zachęty w postaci rezydentury, Ministerstwo Zdrowia nie jest w stanie nakłaniać lekarzy do tego, żeby podejmowali ten trud. To jest trudna specjalizacja. System musi stwarzać zachęty do pracy i tu pełna zgoda. W rozporządzeniach, które określają to w koszykach świadczeń, staramy się bardzo mocno znaleźć miejsce dla lekarzy geriatrów, pamiętając jednakże o odpowiednio długim okresie dostosowawczym tak, żeby nie doprowadzić do sytuacji, że wymogi będą nierealistyczne i niemożliwe do spełnienia.

Jeśli chodzi o kwestie związane z priorytetowymi specjalizacjami, za chwilę to rozwiniemy, bo to nie tylko geriatria. Będę wdzięczny pani prof. Jędrzejczak, rektorowi CMKP, za zabranie głosu w tej sprawie. Tyle, jeśli chodzi o pytania pani poseł Hrynkiewicz.

Jeśli chodzi o pytania pani poseł Gądek: odpisy na fundusz socjalny. To jest bardzo ważna sprawa, bo ona, szczególnie w zeszłym roku, wywołała wrzenie w kilku środowiskach. Niemniej jednak, warto pamiętać o tym (muszę to znowu powtórzyć, bo fala krytyki już trochę opadła, ale pojawiają się tego rodzaju głosy), że zdecydowana większość podmiotów, które zatrudniają rezydentów, w ramach obowiązującego prawa, może zrezygnować z dokonywania odpisów na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych. Przyznaję, że ten ruch został wykonany ze strony ministerstwa. Nie będę już rozwijać wątku dotyczącego okoliczności, w jakich to się stało i potrzeb, ale proszę mi wierzyć, że został

on starannie oceniony w zakresie skutków. Dlatego mówię o tym, że jeśli chodzi o podmioty, które kształcą rezydentów, nie jest tak, że zabraliśmy pieniądze na coś, co jest absolutnie niezbędne i przerzuciliśmy te koszty. Mówię o tym dlatego, że bardzo często te głosy w korespondencji do ministerstwa powtarzają się.

Art. 4 ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych mówi o tym, że każdy pracodawca, który jest wyszczególniony w tej ustawie (dla zaoszczędzenia czasu nie będę tego wymieniać) może dowolnie kształtować wysokość odpisu na fundusz lub zrezygnować z niego na mocy uregulowań wewnątrzzakładowych, to jest układu zbiorowego pracy albo regulaminu wynagradzania. Z tego, co wiemy, w kilku miejscach w Polsce, bezpośrednio po zmianie przepisów, wprowadzono tego rodzaju regulacje, rozmowy i układy, i uzyskano konsensus w tym zakresie. Jest to możliwe. Wymaga to, oczywiście, pewnego wysiłku zarządczego, ale jest możliwe do przeprowadzania i nie oznacza automatycznego przerzucania kosztów związanych z funkcjonowaniem funduszu.

Warto pamiętać, kiedy mówimy o tym, że wciąż jest tak, że rezydent jest w pewnym sensie osobą, która pojawia się w systemie, finansowaną z budżetu państwa. Natomiast, jeśli chodzi o obciążenia dotyczące omawianego tytułu, czyli funduszu świadczeń socjalnych, stanowi to właściwie niewielką część, bo tylko 1,7 ponoszonych przez te podmioty wydatków, które są związane z zatrudnieniem rezydentów. Reszta jest, oczywiście, finansowana przez Ministra Zdrowia.

I kontekst, który jest bardzo ważny. Mieliśmy bardzo duży dylemat – albo, wobec ograniczonej liczby środków, zmniejszyć liczbę rezydentów zachowując dotychczasowy system finansowania, albo – pamiętając o tych regulacjach, o których wspominam – zachować liczbę rezydentów i doprowadzić do sytuacji, kiedy zarządczo pewne miejsca w systemie doprowadzą do regulowania tego w taki sposób, żeby przestać płacić tę część funduszu. Wiem, że nie jest to bardzo proste, ale ten dylemat doprowadził do tego, że zdecydowaliśmy się na tak trudny ruch. Powiem tylko, że alternatywą było zmniejszenie liczby rezydentur o ponad 300 albo (zależy, o której sesji mówimy, jesiennej czy wiosennej) o prawie 1900 lekarzy. Taka była alternatywa. Wydaje mi się więc, że patrząc na skutki społeczne dla systemu, ta decyzja broni się. Myślę, że jesteśmy w stanie jej przesłanki przedstawiać kolejny raz, i kolejny, i tłumaczyć, jakie były implikacje, które dały nam asumpt do podjęcia tego rodzaju decyzji.

Jeśli chodzi o kolejne pytanie, dotyczące znowu liczby miejsc akredytowanych, to ta procedura – przypomnę ją w trzech zdaniach – wygląda tak: my w żaden sposób nie możemy inicjować tego rodzaju działań, które skłaniałyby podmioty do tworzenia miejsc akredytowanych. Przypomnę, że inicjatywa jest po stronie podmiotów, które składają wniosek akredytacyjny. W tym zakresie – jak już raz powiedziałem – mamy skrajnie różne opinie. Niektórzy mówią, że jest ich za mało a niektórzy mówią, że jest ich za dużo. Nie regulujemy ilości. Bardzo ważne, w mojej ocenie, jest to, żebyśmy zostawili tę inicjatywę po stronie ośrodków, które chcą być jednostkami akredytowanymi – chcą się akredytować w celu prowadzenia szkolenia. Natomiast, proszę pamiętać, że rezydentom pozostawiamy wybór, gdzie chcą być. Im więcej tych ośrodków, tym bardziej, ze względów socjalnych, jest mi wygodnie, jeśli mam to bliżej domu. Jeśli tylko spełnia to kryteria merytoryczne, to tym lepiej dla rezydenta. Co więcej – mamy naturalną konkurencję między podmiotami akredytowanymi, które zabiegają (a przynajmniej powinny zabiegać) o to, jak atrakcyjne będzie to miejsce pracy dla potencjalnych rezydentów. Jeśli więc chodzi o tę kwestię, to raczej myślę, że ten system, przy założeniach doprecyzowania pewnych elementów kontrolnych i jakościowych, o których już wspomniałem, co do swojej istoty, czyli sposobu akredytowania, wnioskowania – jak się wydaje – jest dość przyzwoicie funkcjonującym systemem.

Jeśli chodzi o pytanie dotyczące dostosowania funkcjonowania internistów i pediatrów w systemie, to jest to rzecz kluczowa, szczególnie, jeśli weź mienimy pod uwagę fakt, że mamy problem z ilością lekarzy medycyny rodzinnej (o czym już wielokrotnie wspominaliśmy w różnych sytuacjach) w związku z pewnymi zobowiązaniami, które narzuca na nas prawo unijne. Wiedzą państwo doskonale, że chcemy doprowadzić do sytuacji, w której będziemy mówić o łagodnym przejściu, przynajmniej dla części zainteresowanych lekarzy – internistów i pediatrów – do systemu podstawowej opieki

zdrowotnej i bycia lekarzami rodzinnymi. Jednak bardzo ważne jest, żebyśmy pamiętali, że to – o czym pani doktor już wspominała – nie może odbywać się automatycznie.

Nie dalej jak wczoraj rozmawiałem nawet na ten temat z konsultantem krajowym. Jesteśmy zgodni odnośnie do tego, że konieczny jest – nie lubię określenia „krótka ścieżka" – jakiś rodzaj elementu specjalizacyjnego dla tych lekarzy, który postaramy się wprowadzić. To będzie prawdopodobnie krótki okres, kilkumiesięczny, który umożliwi dołączenie do wiedzy internistycznej czy pediatrycznej elementów, które są niezbędne do funkcjonowania jako lekarz rodzinny. Jednak, oczywiście, nie będą to lekarze rodzinni. Chcielibyśmy ich nazwać „lekarzami dorosłych" czy „lekarzami dzieci podstawowej opieki zdrowotnej". To jest ten rodzaj pomostu, który połączy te dziedziny medycyny. W tym zakresie liczymy bardzo mocno na współpracę z lekarzami rodzinnymi, bo jest kwestia doprecyzowania programu.

Konsultant krajowy, pan prof. Windak, zadeklarował gotowość współpracy w tym zakresie. Mam nadzieję, że uda się nam także przekonać środowisko, bo to jest bardzo ważne, żebyśmy określili słabe punkty w dotychczasowym kształceniu internistycznym czy pediatrycznym, które... Słabe nie w sensie merytorycznej oceny, tylko w sensie komplementarności z wiedzą, jaką dysponuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej a właściwie lekarz rodzinny. Musimy więc bardzo mocno doprecyzować te elementy szkolenia i udostępnić je zainteresowanym lekarzom. Jednak bardzo ważne jest to, że nie wyobrażam sobie, żeby kończyło się to inaczej niż również egzaminem, który odpowiednio nazwiemy i który będzie weryfikować tę część wiedzy (już nie całościową internistyczną czy pediatryczną), którą lekarz zdobywa, bo tylko wtedy możemy mówić o komplementarności fachowej wiedzy.

Jeśli chodzi o kwestie związane z… Pytanie pani poseł Gądek dotyczyło techników farmacji i zamykania punktów aptecznych. Przyznaję, że nie chciałbym w tej chwili rozwijać wątku punktów aptecznych. Jeżeli trzeba, to oczywiście… Bo chciałbym, żeby to był doprecyzowany wątek, który mówi o tym, jakie zagrożenia realnie istnieją, ale – jeśli chodzi o techników (ponieważ dotyczy to zawodów medycznych) to chciałbym powiedzieć, że budzi to ogromne kontrowersje. Ja osobiście, po przeanalizowaniu danych, którymi dysponujemy, mam takie poczucie (a z kolei nie dalej jak wczoraj mieliśmy spotkanie z przedstawicielami farmaceutów) i wiem, że środowisko jest wewnętrznie podzielone. I, tak naprawdę, to jest pytanie, której strony wysłuchamy.

Oczywiście, ja przyjmuję argument, że technik osiąga pewien status zawodowy. Pragnę podkreślić, że dzisiaj status technika jest relatywnie bardzo dobry w stosunku do osób, które uzyskują tytuł magistra albo robią jeszcze specjalizacje. Mam poczucie jako osoba, która szanuje kwalifikacje, że system nie dopieszcza tych osób, które są lepiej wykształcone. To jest w tej chwili bolączka – z mojej perspektywy – jeśli chodzi o system, dlatego, że system niewystarczająco… Przypomnę, że kilka lat temu znieśliśmy potrzebę posiadania specjalizacji, żeby być kierownikiem apteki. Jest więc pytanie o praktyczny sens, skoro gdzie indziej w systemie nie mamy żadnych umocowań do tego, żeby nagradzać osoby, które kształcą się dodatkowo. Jeżeli nie ma wystarczającego rozróżnienia na poziomie magistra i technika (a dziś tego nie mamy) to wydaje się, że znowu będzie tendencja do zaniżania kwalifikacji. Krótko mówiąc, część osób – i to dotyczy części techników – nie widzi powodów i praktycznego przełożenia, które skłaniałyby ich do przedłużania kształcenia. Jako lekarz chciałbym mieć w farmaceucie partnera do rozmowy i chciałbym wiedzieć, wysyłając pacjenta do apteki, że po drugiej stronie jest ktoś dobrze wykształcony, kto potrafi nawiązać rozsądny dialog z pacjentem. W mojej ocenie – z całym szacunkiem dla działania techników farmacji – to nie jest ten poziom, którego oczekiwalibyśmy, do bezpośredniej rozmowy z pacjentem o leczeniu, o lekach, w sensie doradczym (doradzania i odradzania) i w sensie tego, że możemy nawiązać partnerską rozmowę. Wolałbym raczej, żebyśmy mówili o tym, żeby docenić w systemie osoby, które są magistrami, skończyły pełne studia wyższe, albo – co ważniejsze – nawet się specjalizują.

Jak państwo wiedzą, mamy farmaceutów, którzy specjalizują się w części klinicznej i mamy takich, którzy funkcjonują w sektorze czysto aptekarskim. To są trochę inne specyfiki – mówię o szpitalnym funkcjonowaniu farmaceutów i o funkcjonowaniu na wolnym rynku. To są trochę inne elementy kształcenia i inne elementy przygotowa-

nia już po uzyskaniu tytułu magistra. W mojej ocenie, to, do czego doszło w ciągu ostatnich kilku lat, czyli właściwie zrównania w kwalifikacjach wszystkich osób, niezależnie od tytułu, nie jest wcale dobrą ścieżką. Nie ukrywam, że moją osobistą ambicją byłoby jednak zróżnicowanie. Każdy system, który nie nagradza osób, które się kształcą lepiej i więcej, jest długofalowo dość demoralizujący w tym sensie, że nie nagradza osób, które więcej pracują a w związku tym, doprowadza to do zaniżenia jakości i wiedzy. W mojej ocenie, taką stronę… Będę starać się akcentować tego rodzaju rozwiązania prawne, żeby szły w tę stronę.

Jeśli chodzi o likwidację punktów aptecznych, to mogę tylko powiedzieć, że Naczelna Rada Aptekarska chce zlikwidowania tych punktów. To jest to zagrożenie, o którym mówię. Jednak, tak naprawdę, trzeba nowelizacji prawa farmaceutycznego, w związku z tym myślę, że jest to proces, który jeszcze będzie podany i debacie politycznej, i debacie społecznej. Dlatego – pani poseł prosiła o głos uspokojenia – te obawy oczywiście istnieją… Przepraszam bardzo, źle odnotowałem. W każdym razie, te obawy – jak myślę – są na dzisiaj na tyle uzasadnione, że dyskusja trwa, ale żadnych decyzji wiążących nie ma. W związku z tym, myślę, że pewnie warto będzie wrócić do tego, przy podejściu do nowelizacji prawa farmaceutycznego, gdzie tego rodzaju tendencja jest wyrażana. Będzie to procedowane i, prawdopodobnie, warto wtedy będzie wysłuchać argumentów obu stron.

Jeśli chodzi o pytanie pani poseł Małeckiej-Libery dotyczące priorytetowych specjalizacji, to nie wiem, czy wyczerpałem w tej wypowiedzi kwestie związane z geriatrią, bo takie było sedno tego pytania. Jednak w kilku odpowiedziach już się do tego odnosiłem. Te programy geriatryczne to jest jeden z elementów, z którymi wiążemy duże nadzieje i kwestie związane z doszkalaniem… Bo nie tylko geriatrzy jako specjaliści, ale również doszkalanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, internistów. To też warto podkreślić, bo o tym nie mówiłem – wszystkie dziedziny medyczne, które w tej chwili mają opracowane nowe programy specjalizacyjne. Odbyłem rozmowy z konsultantami krajowymi. Odbyłem również taką rozmowę z panią prof. Jędrzejczak w zakresie kurateli ze strony CMKP nad tym procesem. Bardzo akcentujemy to, żeby we wszystkich programach specjalizacyjnych pojawiały się wątki programów geriatrycznych. To dotyczy właściwie większości specjalizacji – tych, gdzie ta specyfika ma swój sens od strony patofizjologicznej, bo – o czym wspomniałem już wcześniej – myślę, że warto pamiętać, że nie powinniśmy mówić o nadmiernym rozbudowywaniu oddzielnej dziedziny medycyny. I absolutnie nie dyskredytując tego, o czym pani poseł wspomniała, czy państwo wielokrotnie wspomnieli, że mamy zdecydowanie za mało geriatrów, te 200 i kilka osób w systemie to jest absolutnie poniżej oczekiwań. W tej chwili mamy 76 osób, które są w procesie kształcenia w trybie pozarezydenckim, niestety. Jak państwo wiedzą, do tej pory w starym modelu nie mogliśmy kształcić w trybie rezydenckim, bo ten model kształcenia był możliwy do uzyskania dopiero wtórnie, już po uzyskaniu specjalizacji, więc chociażby z racji ustanowionych zasad nie mogliśmy kształcić w trybie rezydenckim. Zatem, w trybie pozarezydeckim kolejne 76 osób zasiliło system a przygotowanych miejsc szkoleniowych mamy 141. Naszą troską jest to, żeby je obsadzać maksymalnie. Mogę zaręczyć, że w najbliższym i w kolejnych rozdaniach rezydentur, to będzie jeden z priorytetów, tak jak deklarowaliśmy. Staramy się obsadzać pełną liczbę miejsc, oferując rezydentury. Jak zareagują na to lekarze? Czas pokaże. Mamy nadzieję, że będzie to odpowiedź adekwatna do naszych oczekiwań. Jednak na ocenę przyjdzie czas w następnych analizach.

Jeśli chodzi o pytanie dotyczące liceów medycznych – ile? Nie mamy już liceów medycznych. Licea medyczne w 1996 r. zostały zamknięte i nie ma już zupełnie trybu szkolenia w tym zakresie. To jest coś, co w naszym systemie przestało istnieć. Ostatni nabór był w 1991 r. W związku z tym, ten element kształcenia pielęgniarek uznajemy za przeszłość i element historyczny w systemie.

Jeśli chodzi o tak zwaną krótką ścieżkę, to też już o tym wspomniałem, nie będę więc powtarzać argumentów. Jeśli to nie wyczerpuje pytania pani poseł, to oczywiście chętnie wrócę do szczegółowych pytań.

Pytania pana posła Piontkowskiego. W jakich dziedzinach są największe potrzeby? Oczywiście, mamy te dane. Nie chcieliśmy przeładowywać tego elementu. Właściwie,

mamy dane – to, co jest rozszerzeniem tego pytania – w zakresie uzupełnienia materiału o lekarzy, czyli o te średnie przeliczenia. To mamy. Jeżeli pan poseł jest zainteresowany, oczywiście, tym służę. Nawet dzisiaj możemy to udostępnić, a jeśli nie, to prześlemy.

Natomiast, osobną kwestią jest ocena potrzeb, bo to jest już bardziej skomplikowany problem. To, jak my zdefiniujemy te potrzeby, to jest kluczowe na początek. Potrzeby w systemie, tak naprawdę, implikuje nie tylko demografia czy epidemiologia, ale też organizacja systemu. Tu wspomniałem o tych normach pielęgniarek, ale kontekst jest szerszy. I muszę przyznać, że mamy pewien kłopot, bo sam, jak tylko rok temu zacząłem zajmować się kwestiami związanymi ze szkoleniem, usiłowałem określić pewien standard, który umożliwi mi podjęcie racjonalnej decyzji.

Mogę ubolewać, że nie mamy systemu w sensie prognostycznego narzędzia informatycznego, na przykład. Mniej czy bardziej ułomne tego rodzaju systemy funkcjonują w kilku miejscach na świecie. Spotykałem się z różną dozą krytyki, dlatego, że mamy pewną probabilistyczną ocenę. Mówimy o narzędziu informatycznym, które uwzględnia dobrze zbierane – bo to jest istota sprawy – dane epidemiologiczne z danego regionu, dobrze zbierane dane demograficzne i dobrze zbierane dane demograficzne w kontekście populacyjnym i zawodów medycznych, co jest bardzo trudne. Co więcej, żeby skomplikować tę kwestię, powiem tylko, że powinniśmy również uwzględnić coś, czego nie mamy w żadnych statystykach, w żadnym kraju unijnym, a mianowicie elementy migracyjne, czego nie mierzymy i nie sprawdzamy, co dodatkowo utrudnia całą sytuację.

Niemniej jednak, w departamencie od kilku miesięcy trwają takie prace. Wyszliśmy z założenia, że nie ma sensu tworzyć nowego narzędzia informatycznego. Próbujemy nawiązać kontakt z krajami unijnymi, w ramach współpracy w tym zakresie. Myślę, że w perspektywie kilku miesięcy (mam taką nadzieję) jakimś narzędziem będziemy dysponować. Natomiast, jeśli chodzi o ocenę potrzeb, to posługujemy się oczywiście troszeczkę bardziej ułomnymi narzędziami, ale one w jakiejś mierze oddają potrzeby – mamy przeliczenia liczby specjalistów na populację, i to nie tylko w zakresie całej Polski, ale również w zakresie województw a czasami powiatów, jeśli jest taka potrzeba, żeby to ocenić. Proszę jednak pamiętać o tym, że jest to narzędzie ułomne o tyle, że uśrednia wartości, co ma swoje konsekwencje i w związku z tym, z pewną dozą nieufności traktujemy tego rodzaju proste dane. Staramy się zawsze być w kontakcie z samorządami, bo wojewodowie wtórnie są w stanie doprecyzować nasze domysły i staramy się tak postępować planując wszelkie działania na tak wrażliwym ciele, jakim jest cały zespół kadr medycznych we wszystkich zakresach. Przyznaję, że głównie skupiamy się na lekarzach, nieco mniejszą kontrolę mamy nad pielęgniarkami. Jeśli chodzi o inne zawody medyczne, ubolewam nad tym, ale wobec braku odpowiednich regulacji, dysponujemy najmniejszą wiedzą. Myślę, że ścieżką do nadrobienia tego rodzaju braków będzie ustawowe doprecyzowanie roli i funkcji tych zawodów medycznych, bo to umożliwi nam lepsze ujęcie w ramy formalne funkcjonowania tych zawodów w systemie.

Jeśli chodzi o zwalnianie pielęgniarek i położnych, to mamy taką informację, że jest około 4000 bezrobotnych pielęgniarek. Ten problem jest bardzo złożony. Z jednej strony potrzeby rynku usług medycznych, z drugiej strony – bezrobotne pielęgniarki, ale bardzo ciężko tę kwestię kategoryzować.

Tu mamy bardzo złożone sytuacje – pielęgniarki odchodzą z powodów najróżniejszych, chociażby z takich, że wybierają inne zawody, inny, bardziej atrakcyjny finansowo rodzaj funkcjonowania poza swoim zawodem. To znowu jest kwestia stworzenia bodźców finansowych na poziomie zarządczym, czyli – krótko mówiąc – dyrektorzy poszczególnych jednostek, którzy borykają się z brakami kadrowymi, powinni uatrakcyjniać płace i przyciągać w ten sposób pielęgniarki.

Bardzo trudno jest z pozycji Ministerstwa Zdrowia wchodzić w funkcje operacyjno-zarządcze. My możemy wystandaryzować pewien zakres usług oraz pewien zakres potrzeb i norm zatrudnienia, natomiast trudno byłoby, jeśli chodzi o indywidualne decyzje zarządcze, żebyśmy oczekiwali, abyśmy – jako ministerstwo – tak daleko szli w tego rodzaju działaniu i ingerowaniu w działalność gospodarczą czy usługową. Tak długo, jak zachowujemy minimalny (źle mówię – optymalny poziom), bo zawsze w określeniu norm w jakości usług medycznych staramy się mówić o poziomie optymalnym, bo to minimum jest właściwie na poziomie

optimum, przynajmniej tak to powinno być zrobione, tak długo ministerstwo czy regulator w żaden sposób nie ingeruje. Jednak tutaj dotykamy kolejnego pytania, które pan poseł zadał – koordynacji między Ministerstwem Zdrowia a NFZ.

Warto pamiętać, że… Od razu powiem tak: ta koordynacja jest. Zdaję sobie sprawę z tego, że być może z perspektywy społecznej ona nie jest bardzo dobrze widoczna, ale to są działania operacyjne i są one bardzo dobre. One są czasami trudne, dlatego, że mamy czasem przeciwstawne tendencje w stosunku do możliwości finansowych NFZ, ale zaręczam, że nigdy nie dzieje się tak, że NFZ wydaje zarządzenia, o których my nie wiemy, albo których nie akceptujemy. Pierwotnie jest tak, że w rozporządzeniach koszykowych określamy pewien standard i to jest punkt wyjścia dla NFZ. Krótko mówiąc: NFZ tak długo operuje swoimi zarządzeniami, jak długo mieści się w tym, co w naszych ramach koszykowych jest uwzględnione.

Tu bardzo często stoimy przed ogromnym dylematem i na roboczo te dyskusje bardzo często wyglądają tak, że my chcemy podnosić jakość, albo chcemy zwiększać dostępność, ale nie możemy doprowadzić do sytuacji… I w związku z tym, Fundusz wtórnie podnosi oczekiwania dla świadczeniodawców, ale my zdajemy sobie sprawę z tego – i robimy takie symulacje – co to znaczy dla systemu. To znaczy, nigdy nie chcemy zatrzymać systemu. Nawet, jeśli mamy wymóg zwiększenia jakości i czujemy, że jest to słuszny postulat, to staramy się stworzyć okres dostosowawczy do tego, żeby podmioty – świadczeniodawcy – mieli czas dostosować się do wrastających oczekiwań. I z reguły (proszę mnie skorygować jakimiś przykładami) te rzeczy nie dzieją się z dnia na dzień, tak, że świadczeniodawcy o tym nie wiedzą.

Bywa tak, że świadczeniodawcy nie śledzą tych zmian i nie reagują bezpośrednio, z pewnym wyprzedzeniem. Bywa też tak, że świadczeniodawcy dowiadują się o tych zmianach w momencie podpisywania aneksów, ale – jak wiemy – w sensie podziału obowiązków, ten moment śledzenia zmieniających się przepisów spoczywa na świadczeniodawcy, natomiast – z naszej strony – te kwestie związane ze współpracą z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia z całą pewnością są podstawą wydawania aktów prawnych. Mogę zapewnić, że ta współpraca, czasem dość burzliwa, jest jednak bardzo intensywna i mogę powiedzieć, że nie ma sytuacji, kiedy byśmy zaskakiwali się wzajemnie jakimiś rozwiązaniami, które formalnie regulują opiekę zdrowotną w Polsce.

Jeśli chodzi o pierwszy stopień specjalizacji (bo to też pan poseł wspomniał na marginesie – w sensie dopuszczenia i krótkiej ścieżki), w nowym rozporządzeniu jest oddzielny aneks, który wyraźnie reguluje możliwości i uprawnienia lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji. Zresztą, z tym środowiskiem też się spotykałem. Mamy trochę inne wyobrażenie o roli lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji w systemie, ale zapewniam, że znowu w rozporządzeniu, które obowiązuje od początku roku, dość precyzyjnie określiliśmy możliwości dalszego kształcenia dla tych lekarzy.

Oczywiście, otwartym pytaniem jest to, na jakim poziomie mocujemy w systemie tych lekarzy dzisiaj, albo właściwie, jak to robi wtórnie do naszych oczekiwań NFZ. Natomiast znowu mamy zwalczające się dwie tendencje i staramy się wypośrodkować w zdrowy sposób. To znaczy, z jednej strony jest tendencja lekarzy specjalistów, którzy bardzo mocno naciskają resort w tej sprawie, że właściwie mamy otwarte wszystkie ścieżki kształcenia i powinniśmy jednak preferować lekarzy, którzy domykają szkolenie specjalizacyjne egzaminem i nie konserwować już tego, co jest zaszłością z poprzedniego systemu kształcenia, czyli takim właściwie niedokończonym modelem specjalizacji. I mamy przeciwstawną tendencję ze strony lekarzy, tak zwanych jedynkowiczów, którzy mają pewne oczekiwania. Mają też niewątpliwie pewien zakres wiedzy praktycznej, ponieważ aktywnie pracują w systemie i tego, absolutnie, nie zamierzam dyskredytować. Niemniej jednak ta rozbieżność pomiędzy pojawiającymi się nowymi elementami kształcenia a oczekiwaniami środowiska osób, które mają „jedynki", musi znaleźć rozsądny kompromis. Staramy się ten kompromis znaleźć. Absolutnie nie będziemy doprowadzać do sytuacji, w której dyskredytowaliśmy wiedzę praktyczną i umiejętności tych lekarzy. Z drugiej strony, wobec narastającej liczby specjalistów, którzy się kształcą w systemie, musimy w systemie też w jakiś sposób nagradzać tych, którzy aktywnie się kształcą

i kończą swoje kształcenie specjalizacyjne egzaminem specjalizacyjnym, czy to jeszcze w starym, czy już w nowym modelu.

Nie do końca zrozumiałem kontekst pytania dotyczącego szkolenia ciągłego i relacji mistrz-uczeń, ale, jeśli można, to doprecyzuję to. Zapraszam pana posła na krótką rozmowę, może już po spotkaniu – może już nie będziemy go przedłużać o tę sprawę. Oczywiście, bardzo chętnie wrócę do tego tematu.

Jeśli chodzi o pytania pani poseł Skowrońskiej, wrócę do kwestii związanych z… Było pytanie o Rzeszów. Na razie stoimy przed ogromnym dylematem, pani poseł, bo jest tak. Z jednej strony, mamy ściśle ograniczoną liczb uczelni. Mamy ogromną debatę, jeszcze nie polityczną, na poziomie Komisji, ale już polityczną, chociażby w obrębie Ministerstwa Zdrowia, wokół tego, jaka ma być rola szpitali klinicznych – to jest temat bardzo ściśle związany z uczelniami – i kwestii roli szpitali klinicznych i pewnego uprzywilejowania tych szpitali, co zawsze deklarowałem w różnych sytuacjach. Jestem bardzo „za" jakąś formułą, która byłaby do wypracowania i bardzo mocno bronię tej tezy.

To jest zagadnienie o tyle związane z tym tematem, że jeżeli doprecyzowujemy rolę szpitala klinicznego (a próbujemy to robić od pewnego czasu i dać mu pewne przywileje) to musimy zastanowić się nad formułą, która w bardzo wyraźny sposób określi liczbę tych szpitali. Teraz mamy tendencję chociażby taką, w toku tych bardzo burzliwych debat, bo projekt ustawy mamy gotowy i mocno staramy się, aby on jak najszybciej ujrzał światło dzienne… Staramy się o doprecyzowanie funkcji szpitala klinicznego, ale dając mu pewne przywileje, czy to kontraktowe, czy to dofinansowanie w postaci dydaktyki klinicznej, bo staramy się patrzeć na to komplementarnie. Musimy też ściśle zdefiniować liczbę tych szpitali a właściwie – mówiąc brutalnie – zastanowić się nad tym, ile państwo polskie może takich szpitali finansować. I to jest ten kontekst uczelniany, który bardzo mocno trzeba wziąć pod uwagę.

Krótko mówiąc, ja wiem o tych tendencjach. Tego rodzaju tendencje pojawiają się ze strony Rzeszowa i jeszcze kilku miejsc. Nie chcę przesadzić, ale chyba jest to Zielona Góra. W tych naszych rozważaniach pojawiały się też Kielce. Ta tendencja jest i trzeba się zastanowić nad tym, jaki miałby być kształt modelu kształcenia lekarzy w Polsce. Czy to jest formuła otwarta, tak, jak w systemie akredytacyjnym, że każdy ośrodek, który spełni pewne minimum, może wejść na ten rynek i może kształcić, czy też jest to formuła, którą państwo uznaje za priorytetową dla siebie, ściśle kontroluje a w związku z tym – reglamentuje i wskazuje palcem na poszczególne podmioty?

Patrząc na trudności w finansowaniu (a mojej ocenie, dzisiejsze finansowanie szpitali klinicznych jest nieadekwatne do potrzeb, do oczekiwań i do realnych nakładów ponoszonych przez te szpitale – i mówię nie o czystej „usługowce", o świadczeniu usług medycznych, ale o procesie dydaktycznym – biorąc pod uwagę tego typu sytuację) wydaje się zasadne, żeby jednak państwo przejęło funkcję regulatora. Taka jest moja osobista opinia – oczywiście, ona nie jest w tym momencie wiążąca, ale dzielimy się pewną impresja w kontekście podejmowania decyzji o Rzeszowie. Trzeba wziąć pod uwagę to rozstrzygnięcie. Jeśli państwo ma to regulować, to musimy ustalić zasady a te zasady będą implikować nakłady budżetu państwa bezpośrednio na takie wybrane jednostki. Dzisiaj taki model mamy na myśli. Myślę, że decyzja o tym, czy Rzeszów będzie mieć uczelnię medyczną, powinna być wtórna do rozstrzygnięcia, decyzji o tym, jaki to ma być model. I od razu powiem: tej decyzji dzisiaj nie ma. Nie chcemy jej podejmować pochopnie, nie znając reguł gry. Jeżeli decyzja polityczna będzie taka – to mówię ja, nie polityk, ale starając się merytorycznie ogarnąć ten zakres i postuluję tego rodzaju rozwiązania politykom – myślę, że warto najpierw podjąć zdecydowaną decyzję odnośnie do modelu i wtórnie do tego rozważać albo sankcjonowanie nowych uczelni, albo nie. Tak długo, jak tej decyzji nie ma, tak długo nie będzie decyzji o tym, czy Rzeszów będzie mieć uczelnie medyczną. Być może jest to kwestia najbliższych miesięcy. Liczę na to osobiście, bo bardzo mi zależy na tym, żebyśmy procedowali te kwestie już formalnie. A to też będzie apel do państwa, jako do posłów – te kwestie będą już w państwa rękach. Myślę, że taka będzie kolejność. Nie wiem, czy to jest satysfakcjonująca odpowiedź, bo pewnie pani poseł wolałaby, żebym odpowiedział: tak, będzie decyzja w ciągu dwóch tygodni, ale nie mogę… Ja wiem. Mówię tylko o pewnej logice podejmowania tych decyzji, bo nie chcie-

libyśmy najpierw podejmować decyzji o tym, a później zastanawiać się, jak finansować szpitale kliniczne, bo w tym kontekście, tak naprawdę, mamy ogromny dylemat.

Jeśli chodzi o pytanie o akredytację: jaki wpływ mają konsultanci krajowi? Konsultanci krajowi mają wpływ o tyle, że są w zespołach, które powołuje CMKP do oceny akredytacji. Uznajemy, że te osoby, które są konsultantami – i tu znowu nie chcę rozszerzać wątku, bo dojdziemy do personaliów a to byłoby systemowo w tej chwili niepotrzebne... Konsultant krajowy, jako osoba, która przez Ministra Zdrowia jest powoływana do współpracy i do rzetelnej oceny na bieżąco danej dziedziny, jest bardzo często pierwszym ogniwem w kontaktach ze środowiskiem. Jeśli nie uznajemy, że to jest właściwe, to odwołujemy konsultanta i staramy się nawiązać współpracę z osobą, która bardziej odpowiada oczekiwaniom ministra a z drugiej strony, odzwierciedla też pewne oczekiwania środowiskowe. Wydaje się więc, że zaangażowanie konsultanta w tę sprawę, jaką jest akredytacja, poważną rzecz, wydaje się właściwe. I wydaje się znowu, że instytucjonalnie jest tak, że jeśli robi to komisja a nie konsultant jednoosobowo, a tak się dzieje (mówię o tym, że robi to komisja a nie konsultant, jednoosobowo i to jest właściwa formuła) – gwarantuje to pewien obiektywizm w podejmowaniu takich decyzji, bo jest to zawsze decyzja podejmowana przez pewne ciało a nie jednoosobowo i arbitralnie.

I jeżeli pani poseł (powtórzę to, co powiedziałem wcześniej) ma sygnały o nieprawidłowościach – tu nie ma trybu administracyjnego, więc nie ma jak gdyby możliwości odwołania się, ale to bierzemy na siebie – przyjrzymy się temu. Mamy możliwość skontrolowania takiego ośrodka. Mamy, oczywiście, możliwość rozmowy z CMKP, oceny z zakresu tych działań. Przyjrzymy się temu. Tu tryb administracyjny, przedłużanie tego jest niemożliwe i chyba niepotrzebne, ale my bierzemy na siebie tego rodzaju decyzje i weryfikacje swoich decyzji. Bardzo więc proszę o taki sygnał, gdzie możemy zweryfikować ocenę, z którą się państwo nie zgadzają.

Trudności w dostępie do specjalizacji. Cały proces opiszę w trzech zdaniach, bo te trudności są wielopoziomowe i z całą pewnością Ministerstwo Zdrowia nie rozwiąże wszystkich.

Minister zdrowia określa liczbę dostępnych miejsc specjalizacyjnych, ale te trudności czasami biorą się również z tego, że nie ma wolnych miejsc specjalizacyjnych akredytowanych w pobliżu a czasami biorą się chociażby z tego (warto pamiętać o tej kwestii), że lekarze po prostu zmieniają miejsca, zmieniają albo przerywają specjalizacje i zmieniają również miejsca pobytu. Czyli, po pierwszym roku, pomimo deklaracji, że zaczynają kształcenie w jednym miejscu, przenoszą się w inne miejsca, bo taką prawnie mają możliwość.

Jeśli chodzi o punkty apteczne, to – mam nadzieję – już odpowiedziałem, przynajmniej pośrednio. I jeśli chodzi o pytanie dotyczące języka innego niż polski, czy to Polacy, czy nie Polacy, to myślę, że pan rektor Moryś będzie właściwszą osobą. Ja tylko zasygnalizuję, że z naszych danych i z moich doświadczeń, również akademickich, wynika, że to nie są Polacy. Zdarzają się tam osoby, które są pochodzenia polskiego, mieszkają w innych krajach, nawet czasem mówią trochę po polsku, ale generalnie, co do założenia, to są obcokrajowcy, którzy przyjeżdżają do Polski studiować medycynę w języku angielskim. Przyjeżdżają, płacą za te studia i wyjeżdżają do swojego kraju albo zostają w Polsce, jeśli chcą, ale nie są to Polacy, którzy chcieliby postudiować po angielsku, żeby wyjechać później do Stanów. Nie spotkałem się z taką sytuacją, aczkolwiek mogę sobie to wyobrazić. Jeśli Polacy tego sobie zażyczą, to… Pojedyncze osoby, mówi pan dyrektor. Zresztą zaraz oddam głos panu dyrektorowi dla rozszerzenia tej kwestii. 1361 osób na English Division w tym roku – tak wynika z mojego podsumowania na 2013 r. Taka jest pełna informacja.

Pani poseł Okrągły (postaram się trochę przyśpieszyć) – czy mamy taką prognozę, jak wspomniałem, mówiącą o modelu kształcenia? Ta prognoza jest bardzo trudna, obejmuje wiele czynników i my mamy ją w takim zakresie, jakie są oczekiwania, chociażby międzynarodowych instytucji, które zrzeszają lekarzy specjalistów a mówią o pewnych uśrednionych parametrach na określoną liczbę mieszkańców. Takie dane mamy dzisiaj. Natomiast tendencje – ta probabilistyka, o której mówiłem, ten element futurystyki w ocenie jest oczywiście bardzo trudny bez bardzo fachowych narzędzi. Tu mamy

pewne symulacje, ale one nie są bardzo precyzyjne. Mówię o konkretnych, bo rozumiem, że takie byłoby oczekiwanie – takich, ilu lekarzy mamy kształcić w najbliższym roku akademickim a ilu za 3 lata, żeby mieć rozwiązany problem braku geriatrów w roku 2022. Bo rozumiem, że o tego rodzaju tryb… Braku lekarzy w ogóle…

Tutaj znowu warto pamiętać o tym momencie migracyjnym i warto pamiętać o elemencie demograficznym. To jest dosyć trudna rzecz. Tak, jak mówię, dysponujemy danymi. Chętnie udostępnimy te dane, ale mamy na prawdę wielki kłopot wobec otwartych granic, w takim precyzyjnym określeniu.

Wiemy jedno – mamy kształcić jak najwięcej lekarzy i to najwięcej w sensie takim, że im więcej tym lepiej. Nawet licząc się z tym, że część tych lekarzy, po prostu z systemu wyjdzie. Właściwie innej metody obecnie nie mamy…

Poseł Janina Okrągły (PO):

Jaki wskaźnik lekarzy na 10.000…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, ale dyskusja była.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

To ja – już nie łamiąc dyscypliny – przekażę pani poseł te dane, bo mamy je precyzyjne.

Rok 2017 to rzeczywiście ostatni rok stażu. Czy uczelnie będą gotowe? Myślę, że pan rektor jest tutaj najwłaściwszą osobą do odpowiedzi.

Jest w tej chwili duży kłopot i duży problem, przed którym uczelnie stoją i my stoimy jako cały system, i staramy się… Prawdopodobnie pan rektor skieruje (już uprzedzam) pytanie do mnie w tej kwestii. Liczę się z tym, bo jest to naturalne. Jest to jednak kwestia centrum symulacji i staramy się zrobić wszystko w tym zakresie.

Powiem jedno, spotkaliśmy się kilkukrotnie już w obrębie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego. Mogę zapewnić, jeszcze nieformalnie, że mamy zagwarantowane te pieniądze. Nie mamy tego jeszcze na piśmie, ale muszę powiedzieć, że pan minister Orłowski dużo czasu nam poświęcił. Mamy zapewnienie, że pieniądze na rozwój tego elementu dydaktyki będziemy mieli. Oczywiście, jest otwarta kwestią, jak są opisane w tej perspektywie finansowej fundusze, na jakie elementy będą one mogły być przeznaczone. Myślę, że to jest kluczowe dla rektorów. Tego pytania spodziewam się, ale te rozmowy wciąż trwają. Z całą pewnością, jeżeli chodzi o wyposażenie centrów symulacji, to na 90%, czy nawet na ponad 90%, mogę powiedzieć, że będzie ona zapewniona z tych środków.

Osobnym problemem jest infrastruktura. W tym zakresie pewnie będziemy musieli się zmierzyć z bardzo poważną debatą i stoimy jeszcze w obliczu tych dyskusji, ale mam nadzieję, że uda się to, ponieważ już kilka centrów symulacji jest zaawansowanych w swojej budowie a niektóre już funkcjonują. Jest kilka uczelni, które jeszcze stoją przed tym wyzwaniem. Mam nadzieję, że do 2017 r., aczkolwiek czasu jest mało, uda nam się z tym zdążyć.

System zachęt dla lekarzy medycyny rodzinnej. Tak jak wspomniałem, bardzo trudna sprawa. Oprócz tego, że dajemy miejsca na rezydentury, co przypomnę, oznacza konkretne pieniądze dla konkretnych lekarzy (państwo mają te dane) relatywnie przyzwoite wydaje się, jak na początek kariery medycznej, to jest to zachęta, która wydaje się dosyć istotna. Oczywiście, są inne elementy – związane z demografią, z atrakcyjnością miejsca zamieszkania, bo w wielu miejscach z tym się borykamy.

Bardzo mocno staramy się apelować też do samorządów dlatego, że czasami w obrębie samorządów mamy zdecydowanie lepszą ocenę potrzeb zdrowotnych i też pewne narzędzia. Zdaję sobie sprawę z ograniczoności środków na poziomie samorządów, ale też są pewne narzędzia do tego, żeby stymulować lokalnie realizowanie tego rodzaju zapotrzebowania. Liczymy bardzo na to, że takie możliwości będą. Natomiast nasze możliwości, jeśli chodzi o uatrakcyjnienie funkcjonowania, mają swoje ramy głównie jednak w poziomie płacenia za rezydentury i w poziomie organizacji szkoleń. Po wczorajszych ustaleniach z panem profesorem Windakiem mogę powiedzieć, że w nowym modelu specjalizacyjnym staramy się stworzyć system oparty na uczelniach medycznych, bo tam działają zakłady medycyny rodzinnej, które mają zaplecze dydaktyczne oraz merytoryczne i będziemy starać się mocno promować ten model dokształcania usta-

wicznego, również dla lekarzy, którzy w systemie funkcjonują, co też może przyczynić się do zwiększenia atrakcyjności.

Również pewne elementy powiększania uprawnień dla lekarzy rodzinnych mogą zwiększać tę atrakcyjność – różne kombinacje elementów medycyny pracy czy uprawnień dla medycyny pracy, różne elementy związane z działaniem w zakresie zdrowia publicznego, ale również programy, które NFZ przygotowuje, bo to jest dosyć komplementarne. Mianowicie to, co jest dzisiaj opisywane, jako kategoria chorych diabetologicznych, czy chorych z chorobami układu krążenia, którzy są lepiej opłacani, to wszystko są elementy, które mają za zadanie uatrakcyjnić tę pracę,a jednocześnie dać większy *impact* w sensie wiedzy epidemiologicznej dla resortu i dla osób, które decydują lokalnie o systemie ochrony zdrowotnej.

Pragnę podkreślić jeszcze jedną rzecz: w tym nowym zmieniającym się prawie, mianowicie, w ustawie o zdrowiu publicznym, w tym projekcie i w ustawie tak zwanej decentralizacyjnej, mamy elementy, które wyraźnie przesuwają elementy decyzyjne i elementy odpowiedzialności na poziom regionu, co daje – z jednej strony – lekarzom (z pewnej strony też lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzom rodzinnym) zupełnie inne przełożenie na tworzenie danych epidemiologicznych w tych centrach, gdzie będą tworzone karty zapotrzebowania zdrowotnego a – z drugiej strony – większy wpływ na realizowanie świadczeń na poziomie lokalnym, w zgodzie z zapotrzebowaniem. Mam nadzieję, że to trochę zmieni oblicze funkcjonowania w systemie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, głównie lekarzy rodzinnych. To, oczywiście, znowu jest rzecz, której skutki będziemy pewnie obserwować w jeszcze dosyć odległej perspektywie, kilku lat co najmniej…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, bardzo bym prosiła przyspieszyć, dlatego, że mamy punkt na posiedzeniu Sejmu. Za chwilę będziemy kończyć.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Już kończę, pani przewodnicząca. Pan poseł Dziuba. Liczba rezydentur, która bywała zerowa, mimo priorytetowości (takie było pytanie) i gwałtownie wzrosła. Natomiast, w trybie pozarezydenckim, były tam jednak rezydentury, takie było spostrzeżenie pana posła. Bardzo trudno mi się ustosunkować do tego, nie analizując konkretnej sytuacji, ale mogę spekulować. Sytuacja mogła być taka, że wojewoda, na przykład, nie zgłosił zapotrzebowania do nas w trybie rezydenckim, w związku z czym nie były przyznane rezydentury. To jest najprostsze wyjaśnienie. Mogło też być tak, że ktoś dostał miejsce rezydenckie a, na przykład, przerwał rezydenturę w drugim roku i dzisiaj w naszej statystyce widać, że rezydenta nie ma, chociaż był, mimo zgłoszonego zapotrzebowania. Tu jest kilka kombinacji, które mogły wpłynąć na taki a nie inny wynik dzisiejszej statystyki. Myślę więc, że każdą z tych sytuacji my powinniśmy analizować oddzielnie.

Była też w 2011 r. (warto pamiętać) zmiana przepisów, która uniemożliwiała kontynuowanie czy rozpoczynanie specjalizacji lekarzom, którzy mają już jakąś specjalizację. W związku z tym, mogło dojść do takiej sytuacji, w której wstępne kwalifikacje zostały zmienione i okazało się, że nie możemy realizować rezydentur w takim trybie, w jakim byśmy chcieli, czyli w trybie opłacanym przez państwo. Nad tym musielibyśmy się pochylić. My chętnie przeanalizujemy sytuację dla konkretnego miejsca i dla konkretnego czasu. Myślę, że pan poseł uzyska satysfakcjonującą odpowiedź.

I pani doktor Janicka. Wspomniałem, i to już w kilku elementach, tę krótką ścieżkę geriatryczną: interniści, pediatrzy. Nie chcę rozwijać. Służę pani doktor może już rozmową i udzieleniem tych wyjaśnień na poziomie naszych bezpośrednich kontaktów.

I już pan profesor… Przepraszam, ale… Tak, przedstawiciel… Panie profesorze, przepraszam bardzo, ale nie chcę przekręcić nazwiska, nie dosłyszałem go. Pan profesor, który reprezentuje środowisko diagnostów. Chcę powiedzieć, że też dziękuję za ten głos. Pan profesor doskonale wie, że ja się bardzo mocno utożsamiam z pewnymi trendami, tendencjami, które są w środowisku. I, osobiście, też mamy tutaj… Współpraca między naszymi resortami jest bardzo burzliwa (mówię o Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego), bo w wielu kwestiach związanych z regulacją zawodów medycznych rów-

nież odczuwam ogromny niedosyt związany z tym, że to nie my a ministerstwo nauki ma na to wpływ. Bardzo życzyłbym sobie zmiany stanu prawnego, dlatego, że uważam, że to są szczególne zawody, które wymagają szczególnych regulacji i czasami nawet szczególnych restrykcji. Natomiast polityka szerokiego otwierania tych zawodów jest absolutnie niewłaściwa. Jest absolutna pełna zgoda między nami.

Bardzo dziękuję. Dziękuję, pani przewodnicząca za możliwość udzielenia odpowiedzi. Dziękuję za to posiedzenie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, to była bardzo wyczerpująca odpowiedź. Myślę, że dawno nie usłyszeliśmy takiej wypowiedzi, że każdy z posłów bezpośrednio miał odpowiedź na pytanie. Niemniej jednak uważam, że temat jest na tyle ważny, że pewnie do niego za jakiś czas wrócimy i będziemy dalej rozmawiać o tym, w jaki sposób poprawiła się możliwość robienia tych specjalizacji a więc, tak naprawdę, o temacie dopiero wywołanym.

Dzisiaj przyjmujemy tę informację złożoną przez pana ministra, aczkolwiek pozwolę sobie, panie ministrze, na dwie małe dygresje na zakończenie. Po pierwsze, powiedział pan tak (użył pan takich słów), że najdroższa jest opieka geriatryczna. Myślę, że to było jakieś przejęzyczenie. Dlatego, że z tego, co ja pamiętam, kiedy pracowaliśmy w Komisji i obliczaliśmy standardy opieki geriatrycznej, to – oczywiście – porównywaliśmy to do opieki internistycznej. Mówimy tutaj o szpitalach i o hospitalizacjach. I zdecydowanie wtedy geriatrzy udowadniali, że opieka szpitalna geriatryczna i standard tej opieki jest tańszy.

A druga rzecz – jak zatrzymać lekarzy? Powiem chyba niepopularnie, ale jednak powiem, że najważniejsze dla młodego lekarza jest to, żeby móc sobie budować własną ścieżkę rozwoju i kariery zawodowej. Jeżeli mamy stabilny system opieki zdrowotnej, gdzie reguły gry są jasne, przejrzyste, niezmieniane i można to sobie zaplanować na wiele lat, to jest to chyba najważniejszy z elementów. Wtedy lekarz, nawet, jeżeli na początku ma świadomość, że zrobi troszkę mniej, może sobie doskonale zbudować swój rozwój zawodowy. I na tym pozwolę sobie zakończyć.

Dziękuję bardzo państwu za uwagę. Zamykam posiedzenie Komisji.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Dziękuję. Jeszcze tylko jedno zdanie. Nie komentując drugiej wypowiedzi, absolutnie się z nią zgadzam. Rzeczywiście, to był skrót myślowy. Najdroższa w sensie takim, że mamy naciski na budowanie dużych modeli szpitali geriatrycznych. W tym sensie jest to drogie. Natomiast, porównując opiekę kosztowo, absolutnie nie. To był skrót myślowy…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Tak, ja mówiłam o opiece, czyli zrozumieliśmy się. Dziękuję.